THESE

THESE

APRESENTADA Á

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Em 31 de Outubro de 1908

PARA SER DEFENDIDA

POR

FERNANDO LUZ

NATURAL DA BAHIA

Ex-interno da 1.ª Cadeira de Clinica Cirurgica e auxiliar particular da clinica do Professor Pacheco Mendes

AFIM DE OBTER O GRÁO

DE

DOUTOR EM MEDICINA

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA

Cura radical da Hypertrophia da prostata

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medico-cirurgicas

---

BAHIA

OFFICINAS DOS DOIS MUNDOS

35—Rua Conselheiro Saraiva—35

1908

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

DIRECTOR — Dr. AUGUSTO CEZAR VIANNA

VICE-DIRECTOR — Dr. MANOEL JOSÉ DE ARAUJO

LENTES CATHEDRATICOS

Os Drs.	Materias que leccionam
1.ª SECÇÃO	
José Carneiro de Campos	Anatomia descriptiva
Carlos Freitas	Anatomia medico-cirurgica
2.ª SECÇÃO	
Antonio Pacifico Pereira	Histologia
Augusto Cezar Vianna	Bacteriologia
Guilherme Pereira Rebello	Anatomia e physiologia pathologicas
3.ª SECÇÃO	
Manoel José de Araujo	Physiologia
José Eduardo Freire de Carvalho	Therapeutica
4.ª SECÇÃO	
Luiz Anselmo da Fonseca	Hygiene
Josino Correia Cotias	Medicina legal e toxicologica
5.ª SECÇÃO	
Braz Hermenegildo do Amaral	Pathologia cirurgica
Fortunato Augusto da Silva Junior	Operações e apparelhos
Antonio Pacheco Mendes	Clinica cirurgica, 1.a cadeira
Ignacio Monteiro de Almeida Gouveia	Clinica cirurgica, 2.a cadeira
6.ª SECÇÃO	
Aurelio Rodrigues Vianna	Pathologia medica
Alfredo de Britto	Clinica propedeutica
Anisio Circundes de Carvalho	Clinica medica, 1.a cadeira
Francisco Braulio Pereira	Clinica medica, 2.a cadeira
7.ª SECÇÃO	
José Rodrigues da Costa Dorea	Historia natural medica
Antonio Victorio de Araujo Falcão	Materia medica, pharmacologia e arte de formular
José Olympio de Azevedo	Chimica medica
8.ª SECÇÃO	
Deocleciano Ramos	Obstetricia
Climerio Cardoso de Oliveira	Clinica obstetrica e gynecologica
9.ª SECÇÃO	
Frederico de Castro Rebello	Clinica pediatrica
10.ª SECÇÃO	
Francisco dos Santos Pereira	Clinica ophtalmologica
11.ª SECÇÃO	
Alexandre E. de Castro Cerqueira	Clinica dermatologica e syphiligraphica
12.ª SECÇÃO	
Luiz Pinto de Carvalho	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas
João Evangelista de Castro Cerqueira	Em disponibilidade
Sebastião Cardoso	Em disponibilidade

LENTES SUBSTITUTOS

Os Drs.:		*Os Drs.:*	
José Affonso de Carvalho	1.a Secção	Pedro da Luz Carrascosa	7.a Secção
Gonçalo Moniz S. de Aragão	2.a »	José Julio de Calasans	7.a Secção
Julio Sergio Palma	2.a »	José Adeodato de Souza	8.a »
Pedro Luiz Celestino	3.a »	Alfredo F. de Magalhães	9.a »
Oscar Freire de Carvalho	4.a »	Clodoaldo de Andrade	10.a »
Antonino B. dos Anjos	5.a »	Albino A. da Silva Leitão	11.a »
João Americo Garcez Fróes	6.a »	Mario de Carvalho Leal	12.a »

SECRETARIO — Dr. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES

SUB-SECRETARIO — Dr. MATHEUS VAZ DE OLIVEIRA

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões exaradas nas theses pelos seus auctores.

INTRODUCÇÃO

QUANDO se reflecte sobre as numerosas e felizes estatisticas de cura radical da hypertrophia da prostata, obtidas em todos os centros do mundo scientifico, e se consideram as grandes conquistas da cirurgia no seculo ultimo, admira não terem os cirurgiões, ha mais tempo, tentado dar allivio aos infelizes que soffriam as consequencias de tal molestia.

Procurando averiguar os moveis de tal retardamento, vê-se terem sido, de uma parte, a repulsa dos doentes por qualquer operação, de outra, o receio que tinham os cirurgiões, desencorajados, pelos seus primeiros insuccessos, de operar a velhos, cujo numero de annos constituia, para a maior parte, uma especie de *noli me tangere* pelo seu estado geral precario, pela arterio-sclerose, não se julgando o prostatismo mais do que uma manifestação consequente desta.

A principio, todos pensavam que a dysuria e a retenção nos prostaticos eram devidas á impotencia da bexiga;

porém, á medida que estudos anatomo-pathologicos foram sendo feitos, foi se vendo que a prostata era o verdadeiro obstaculo ao escoamento da urina, confirmando, dest'arte, o asserto de Guyon: «a prostata é o *primum movens* da retenção».

Não havia, porém, uma concepção verdadeira do que era a chamada hypertrophia prostatica; por isso, os primeiros cirurgiões que procuraram tratar esta molestia usaram de meios incompletos ou indirectos, que successivamente lhes provocaram enthusiasmo, aliás tão ephemero como os resultados therapeuticos.

De certo tempo a esta parte, com a nova concepção de que a hypertrophia prostatica é um verdadeiro tumor benigno e com os estudos anatomicos da via perineal, o ataque directo á prostata foi sendo planejado e executado com exito.

Primeiramente, foi a via perineal a preferida e usada por todos; em seguida, veiu a transvesical, motivando verdadeira lucta entre os adeptos de cada processo, tal como na epoca em que se discutiu a superioridade de cada uma destas vias para a extracção dos calculos vesicaes, tendo a ultima desthronado, por completo, a sua irmã mais velha pelos seus esplendidos resultados therapeuticos.

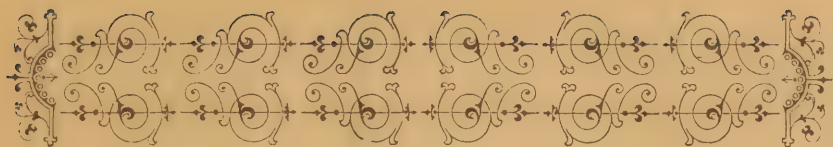
No nosso despretencioso trabalho procuramos, guiado pelos sabios ensinamentos do nosso illustre mestre, Professor Pacheco Mendes, estudar o historico de todas as operações feitas com o fim de curar a hypertrophia da prostata, até chegarmos ao momento actual; em seguida, os tres processos operatorios de prostatectomia, os seus resultados anatomo-clinicos, as suas indicações, as vantagens e inconvenientes

de cada um delles, concluindo com a preferencia do processo transvesical.

Terminaremos com duas observações, feitas por nós, de operados pelo mesmo mestre que, se não praticou mais esta operação, foi pela falta completa de doentes desta molestia que, sendo tão commum em França a ponto de Jean Petit exprimir-se deste modo: « L'hypertrophie de la prostate devenue sénile est chose si fréquente que l'homme âgé qui n'en ressent pas l'atteinte est un privilégié des dieux », aqui no Brasil, pelo menos em nosso meio, é affecção relativamente rara.

Aproveitamos o ensejo para nos confessarmos grato ao nosso mestre e chefe de clinica pelas suas magistraes lecções, dadas durante os tres annos em que fomos seu interno, e pelas maneiras animadoras e delicadas com que sempre nos acolheu, quando sentiamos o espirito assaltado pelas incertezas que são a natural contingencia para os que começam.

Em penhor deste reconhecimento ao mestre, promettemos o concurso de nosso esforço, assim Deus nos ajude, á obra grandiosa e humanitaria, em que tem sido tão efficaz a sua collaboração, do levantamento da cirurgia pratica no Brasil.

DISSERTAÇÃO

CAPITULO I

HISTORICO

A idéa do tratamento cirurgico das perturbações provocadas pela hypertrophia da prostata surgiu após um longo estudo anatomo-clinico desta molestia.

A principio, todos os meios operatorios usados foram incompletos e muitos simplesmente alleatorios.

Dentre elles podemos distinguir quatro como principaes:

a) prostatectomias parciaes;

b) incisão galvano-caustica da prostata ou operação de Bottini;

c) operações praticadas á distancia com o fim de diminuir o volume desta glandula;

d) desvio da urina pela creação do meato super-pubiano ou operação de Poncet.

As prostatectomias parciaes foram primeiro praticadas no lobo medio por John Hunter, Desault, Home e Amussat, sendo abandonadas, até que, em 1880, Dittel tornou a estudar este assumpto e propoz a excisão do lobo medio nos casos em que este fazia saliencia na bexiga.

Apesar do seu insuccesso, imitaram-no Schimidt, Trede-

lemberg na Allemanha, Mac Gill na Inglaterra e Belfield na America.

Afinal, convenceram-se da insufficiencia deste methodo e abandonaram-no.

Em 1876, Bottini fez tornar-se conhecido o seu processo de secção galvano-caustica da prostata, soffrendo logo grande guerra de todos os cirurgiões da epoca.

Foi inspirado no processo de incisão simples de Mercier, já então abandonado, que Bottini se lembrou de usar o galvano-cauterio para evitar a hemorrhagia.

Depois que Freudenberg modificou os instrumentos, este processo teve mais acceitação, sendo que Lewis Brandsford, Freudenberg, Wendenburg, Burkhardt, Young, Czerny, Weber, von Frisch, Lohnstein e muitos outros foram os que mais o praticaram.

As operações á distancia para diminuir o volume da prostata foram muitas.

Em Abril de 1893, Ramin praticou a castração dupla com o fito de curar a hypertrophia prostatica, baseado em estudos experimentaes de Launois, Hunter e outros.

Segundo Deneujinsky, o professor Sinitzin já tinha praticado esta operação em 1886.

Esta maneira de curar os prostaticos teve logo grande acceitação, enthusiasmo mesmo, de todos os cirurgiões, mas não dos doentes, que muitas vezes preferiam morrer a sujeitar-se a uma operação desta ordem e, para proval-o, basta citar a resposta dada por um doente a um cirurgião que lhe propuzera esta operação.

Eil-a: «Á mon âge, qu'on m'offre de m'implanter un

troisième testicule, j'accepterai; mais les enlever tous les deux, jamais!» (von Rydigier).

Outros contentaram-se com a castração unilateral, operação que não dava resultado.

Gross propoz, em 1897, injecções de chlorureto de zinco no epididymo.

Em 1893, Harrisson praticou a resecção dos canaes deferentes.

Este methodo foi muito estudado por Harrisson, Dittel, English, Albarran e Motz, ficando provado que nem a ligadura nem a resecção trazem a atrophia do testiculo, e menos ainda, a diminuição do volume da prostata.

Em 1897, Albarran e Motz, na *Associação Franceza de Urologia*, propuzeram a resecção dos vasos e nervos do conducto espermatico, operação a que denominaram angio-neurectomia.

Mallerbe, em 1898, praticou a resecção do cordão espermatico.

Estas operações todas foram feitas até ha pouco, porém improficuamente.

Mac-Guire (de Richemond) e Poncet (de Lyon) foram os dois creadores do meato super-pubiano no tratamento da dysuria dos prostaticos, mera preliminar de uma operação definitiva posterior.

Estes methodos continuaram a ser empregados até ultimamente, sendo de admirar que Desnos na sua monographia, publicada em 1901,—*Traitements modernes de l'hypertrophie prostatique*, ainda falle muito sobre estes processos, deixando de lado as prostatectomias totaes, já naquella epoca tão estudadas.

Quem primeiro procurou praticar uma prostatectomia total para a cura da hypertrophia prostatica foi Samuel Alexander no anno de 1894, e disso elle fez uma communicação á Secção Urinaria do Congresso de Washington, referindo dois casos de prostatectomia por um processo seu para a cura de adeno-myomas da prostata.

Assim descrevia S. Alexander a sua operação:

«Pratica-se uma incisão vertical da parede hypogastrica, seguida do afastamento dos musculos rectos, pondo-se a bexiga assim a descoberto.

Esta, tendo sido antes cheia com 300 grammas de solução borica, é suspensa por meio de dois fios passados através de suas paredes. Faz-se uma pequena botoeira entre os dois fios, de maneira a dar passagem a dois dedos.

Uma sonda canaliculada é então introduzida na urethra, indo até á bexiga.

Um ajudante mantem-na nesta posição, emquanto o operador pratica uma incisão perineal media e vem abrir sobre a sonda a urethra membranosa, do bulbo á prostata.

Tira-se a sonda e, depois de ter o cirurgião desinfectado bem as mãos, introduz dois dedos pela botoeira vesical e procura empurrar a prostata para o perinêo.

Então, com o indicador da mão direita começa a enuclear a prostata, que deve ser inteiramente empurrada através da abertura perineal.

Para enucleal-a, abre-se com o dedo a bainha fibrosa que cobre as faces posterior e inferior da glandula, sendo esta assim completamente decorticada pela dissecção digital, que deve começar de baixo e de detraz.

A parede mucosa da bexiga e da urethra prostatica, assim como a camada muscular adjacente não devem ser abertas.

Extrae-se o lobo direito, depois o esquerdo e em seguida o medio, se houver.

Uma vez acabada a enucleação, a ferida é lavada com uma solução de bi-chlorureto de mercurio a 1:5000; um tubo perineal é introduzido na bexiga pela incisão feita na urethra membranosa e outro pela incisão super-pubiana.

Suturam-se as feridas operatorias e applica-se um penso, deixando passar os drenos.

O tratamento post-operatorio consiste em lavagens feitas pelo dreno super-pubiano e sahindo pelo perineal.

O dreno super-pubiano é retirado no quarto dia e o perineal no setimo.

No fim da quarta semana, começa-se a sondar o doente, até que se feche completamente a fistula perineal».

Nesta mesma epoca, em Abril de 1894, o Dr. Nicoll (de Glascow) descreveu um processo de prostatectomia pelas vias super-pubiana e perineal combinadas, muito semelhante ao de S. Alexander, sendo que este tinha praticado sua operação quatro mezes antes.

Eis como Nicoll procedia:

«Pratica-se uma cystotomia super-pubiana, faz-se uma longa abertura na parede vesical e a mucosa é logo fixada á parede abdominal por quatro pontos de seda.

Desinfecta-se bem a bexiga e extraem-se os calculos, se houver.

Tendo-se collocado o doente na posição da talha perineal, passa-se uma sonda na urethra e confia-se a um ajudante.

Pratica-se uma incisão no raphe perineal e vae-se aprofundando, até que o bico da prostata seja attingido, porém sem penetrar, nem na urethra nem na bexiga.

O recto é separado cuidadosamente da face posterior da prostata, praticando-se uma incisão vertical na face posterior e inferior da capsula.

Por meio de uma espatula separa-se da capsula a glandula, sendo que, neste momento, o ajudante introduz a mão na bexiga para empurrar a prostata para o perinêo.

Se a incisão media perineal for pequena, de maneira a não dar bastante campo operatorio, póde-se prolongal-a por meio de outra lateral, como a de Dittel, curva para traz e para fóra, partindo da extremidade posterior da incisão media e dirigindo-se entre o anus e a extremidade posterior do ischion.

Feita a hemostasia, mergulham-se as mãos em solução phenicada e introduz-se a esquerda na bexiga, emquanto com a direita se extrae da prostata o que se julgar necessario.

Se com os dedos não se puder extirpar a prostata por se achar fibrosa, póde-se servir de uma cureta de Volkmann.

Durante o tempo da operação, não se deve abrir a mucosa vesico-urethral, senão o que já foi feito no principio. Terminada esta, retira-se a sonda dura e deita-se uma de permanencia.

A ferida perineal é cheia de gaze iodoformada, a super-pubiana suturada e a bexiga drenada pela sonda e por um dreno super-pubiano».

Estas duas operações, embora sejam semelhantes, differem entretanto na drenagem e mesmo no processo operatorio,

como se vê, sendo que a de Nicoll nem sempre podia dar resultado, como elle mesmo reconhecia.

Já em 1896, S. Alexander tinha 8 casos de prostatectomia, feita pelo seu processo, com duas mortes sómente. É certamente o documento mais importante que existia naquella epoca.

Estes dois methodos são chamados — prostatectomias super-pubiano-perineaes.

Destes dois methodos partiu o chamado hoje da prostatectomia perineal, assim como do processo perineal super-pubiano inventado por Füller foi que nasceu o processo de Freyer ou da prostatectomia transvesical.

Foi em 1895 que Füller publicou 6 casos de prostatectomia seguidos de successo.

A sua operação era super-pubiana, mas a drenagem era feita pelo perinêo.

Elle praticava a talha hypogastrica e abria a mucosa vesical ao nivel do collo, com uma tezoura dentada para não produzir hemorrhagia.

Introduzia, então, o indicador por esta abertura, empurrando o perinêo com a mão, para levar a prostata de encontro ao dedo que a enucleava em massa ou por fragmentos, passando estes pela pequena abertura feita na bexiga, graças á elasticidade de sua parede.

Praticava uma incisão no perinêo e introduzia por ahi um tubo que ia drenar a bexiga. Fechava esta a cat-gut, deixando uma pequena abertura por onde passava um dreno, e a ferida abdominal a crina, sendo que alguns pontos profundos penetravam até á bexiga e só eram apertados depois que se retirava o dreno superior.

Por este methodo, Füller operou 27 doentes com 5 mortes.

Na Austria, Dittel, notando que em geral são os lobos lateraes os mais desenvolvidos, propoz uma prostatectomia perineal lateral, praticando para isso uma incisão que, começando no vertice do cocix, contorna em arco de circulo o anus, o sphincter externo e termina no raphe perineal superficial.

Por esta incisão, elle chegava ao buraco ischio-rectal e separava a prostata do recto.

Então reseccava os lobos lateraes pouco a pouco, guiado por uma sonda introduzida na urethra, para não fural-a.

Dittel só operou dois doentes por este methodo, sendo que um morreu.

Nienhaus publicou onze casos operados por este methodo com 3 mortes, porém dos 8 curados nenhum o ficou completamente.

Socin modificou o processo de Dittel, fazendo uma incisão curva pre-rectal de um ischion ao outro.

A operação de Dittel teve a vantagem de chamar a attenção para a via perineal.

Verhoogen estudou a posição a dar ao doente e concluiu que a melhor era aquella em que os membros inferiores, collocados em abducção, são dobrados sobre o abdomen, deitando-se um coxim debaixo do sacro, de maneira a ficar este elevado acima do bordo da mesa.

Elle incisa a pelle transversalmente de um ischion ao outro, prolongando a incisão para traz e para os lados.

Baudet, em 1898, descreveu uma prostatectomia perineal,

servindo-se de uma incisão em *Y* virado, sendo que a perna superior segue o raphe ano-bulbar e as duas outras passam a dois centimetros do anus, dirigindo-se até ao nivel dos ischions.

Dahi em deante, as prostatectomias perineaes são cada vez mais estudadas, principalmente na França, e cada qual trata de completar mais a operação.

No começo de 1900, Tedenat, afim de evitar a talha hypogastrica, diz elle, introduziu um lithotridor com o bico virado para baixo e, por meio deste, abaixou a prostata.

Nesta epoca, Proust e Gosset preconisam a abertura da urethra prostatica e a hemi-secção da prostata.

Freyer, em 1899, já tinha praticado um methodo semelhante. Elle introduzia o dedo indicador na bexiga por uma abertura feita na urethra membranosa para deante da prostata e, por este meio, conseguia trazer a prostata até á ferida perineal e extrahil-a por despedaçamento.

Em Abril de 1901, Albarran tirou uma volumosa prostata pela via perineal e por hemi-secção e, dahi até Outubro, praticou 14 prostatectomias por este mesmo processo.

Desta data é que a prostatectomia perineal tomou verdadeiro incremento na França.

Em 1902, Hartmann, Legueu, Gosset e Proust, Pousson, Le Fur, Escat, Bazy, Guignard e Rochet praticam a prostatectomia perineal e publicam observações.

São inventados diversos desencravadores e afastadores para augmentar o campo operatorio.

Em 1901, Freyer publica no *British Medical Journal*

um processo de prostatectomia inteiramente differente dos conhecidos até então.

Levado pela insufficiencia do campo operatorio e pela difficuldade de extrahir grandes prostatas pela via perineal, lembrou-se, inspirado na operação de Füller, de abordar a prostata por via transvesical.

A principio, pareceu-lhe ser uma operação perigosissima, mas depois viu que, pelo contrario, era benigna e trazia um grande campo operatorio por onde podiam ser extrahidas as maiores prostatas.

Não deixaram de apparecer invejosos a quererem tirar a honra da descoberta a Freyer.

Foi assim que May Robson, em Julho de 1901, dirigia censuras a Freyer e negava o merito de novidade ao seu processo, dizendo que, em 1898, 1900 e 1901, já tinham sido praticadas cinco prostatectomias por aquelle methodo.

Freyer, em um artigo publicado no *British Medical Journal*, respondeu categoricamente a Robson, provando que o caracteristico das operações antigas era o despedaçamento intra-capsular da prostata, emquanto o do seu processo era tirar a massa hypertrophiada encapsulada.

Outros quizeram dar primazia a Füller, mas éste abria o perinêo para drenar a bexiga, não se podendo, entretanto, negar que foi seu processo que inspirou Freyer a praticar o delle.

Continuaram as objecções, porém hoje o methodo de Freyer é largamente empregado e já adquiriu direito de cidade.

Este processo tem sido praticado na Austria, na Inglaterra, na America, na Argentina por Castano e, pela primeira vez, em 1904, no Brasil, pelo Dr. José de Mendonça, illustre cirurgião do Hospital Portuguez no Rio de Janeiro, e, na Bahia, pelo nosso illustrado chefe de clinica, Professor Pacheco Mendes, em Junho do anno passado.

Na França, elle teve uma certa opposição, mas hoje vae desthronando o methodo perineal.

Ultimamente, em 1905, Cathelin publicou uma memoria sobre um novo processo mixto de prostatectomia total, methodo a que elle dá o nome de perineo-super-pubiano.

Este methodo não é outro senão uma modificação do processo antigo de Nicoll e S. Alexander, porém Cathelin introduz o dedo na bexiga para orientar-se na enucleação feita com o outro pelo perinêo.

Eis o historico das prostatectomias, que, como vemos, não vem de longe, pois ha apenas 14 annos que S. Alexander praticou a primeira.

CAPITULO II

Prostatectomia perineal sub-total por hemi-secção

GOOD-FELLOW apresentou, em 1896, á *Sociedade Medica da California* uma memoria, na qual descrevia um processo de prostatectomia por hemi-secção e dizia ter operado prostaticos, por este mesmo processo, em 1891; os seus trabalhos, porém, não foram inseridos nos relatorios das Sociedades de Cirurgia.

Por isso, o processo de hemi-secção não tomou o seu nome e sim o de Gosset e Proust, que publicaram em 1900 e modificaram em Maio de 1902.

Por amor ao methodo, descreveremos primeiramente o preparo do doente; em seguida, os instrumentos usados; depois, a posição do doente, a operação propriamente dita, cuidados posteriores, complicações operatorias e modificações ao processo.

A—PREPARO DO DOENTE.—Como todo doente que tem de ser operado, maxime em uma região tão visinha do anus, tendo-se muitas vezes precisão de introduzir o dedo no recto, o primeiro cuidado é purgal-o na ante-vespera da operação.

No dia seguinte, um clyster para limpar bem o recto e constipa-se o doente.

No dia da operação, pela manhã, faz-se uma lavagem rectal com uma sonda de dupla corrente, para que o recto fique o mais limpo possivel.

Teremos tambem de cuidar da bexiga, que deve ser lavada largamente, uma semana antes da operação, com solução borica a 4 %, sendo que temos o costume de deixar alguns dias antes da operação a sonda de permanencia, fazendo lavagens com solução de nitrato de prata a 1 ‰ e de acido borico a 4 %, quando a bexiga estiver muito inficionada e em estado de distensão, como sóe acontecer em geral nos prostaticos que estão em retenção completa.

A urethra, egualmente, deve ser lavada e examinada; pois, se houver estreitamento, este deve ser operado em uma sessão anterior, para que o canal esteja bem dilatado.

No dia da operação, a bexiga deve ser de novo lavada e, antes da intervenção, cheia com 200 a 300 cc. de solução borica a 4 %.

Quanto ao campo operatorio, deve este receber todos os preparos de qualquer intervenção, isto é, raspagem dos pellos, ensaboamento, lavagem com ether, alcool, etc.

B—Instrumentos.—Muito se tem trabalhado ultimamente em construir instrumentos que alarguem o campo operatorio nas prostatectomias perineaes.

São instrumentos usados nesta operação, além dos communs a todas: cannivetes, pinças de dissecção, de dente de rato, hemostaticas, afastadores communs de Faraboeuf, tentacanula, tezouras rectas e curvas, os que lhe são especiaes.

Começaremos pelos que têm por fim alargar o campo operatorio — os afastadores.

A principio, usou-se das valvas de hysterectomia curtas e estreitas.

Proust se lembrou de usar um afastador de dois ramos em *U* para fixar e puxar a urethra membranosa.

Cathelin mandou construir uma valva semelhante á vaginal de Doyen, porém mais arredondada.

Albarran tem aconselhado a fixação automatica da valva por meio de uma placa mettida por baixo das nadegas do doente; usando-se, porém, da posição perineal invertida, não se póde applical-a, pelo que é preferivel o apparelho fixador de Doyen.

Paul Delbet emprega um apparelho a que dá o nome de speculum perineal e que reune em si o papel da valva e o do afastador.

Tratemos agora dos instrumentos que tem por missão abaixar a prostata e deste modo facilitar a sua enucleação.

Conhecemos diversos typos, sendo principaes os instrumentos de tracção, os desencravadores e os abaixadores.

Dos instrumentos de tracção o primeiro inventado foi o de Parker Symes, que se compõe de um balão de borracha montado em uma sonda; introduz-se esta até á bexiga e, uma vez lá, enche-se o balão com agua por meio de um tubo que vem desembocar na extremidade externa da sonda; desta maneira se póde fazer a tracção da prostata e abaixal-a.

Este instrumento, além de não dar bom resultado, não nos serve, porque em nosso clima o caout-chouc se estraga em pouco tempo.

Tedenat, então, lembrou-se de usar os desencravadores e, em 1900, serviu-se para este fim de um lithotridor virado com o bico para traz.

Dahi Proust imaginou o seu modelo e, desta data em deante, multiplos foram os typos de desencravadores.

Delbet mandou construir um do seguinte modelo: é uma haste de aço do calibre 10 da escala Charière; a extremidade vesical se abaixa por meio de um mecanismo especial e deste modo se puxa a prostata.

Albarran construiu um; depois, De Pezzer inventou outro modelo.

É um explorador de Guyon, quando fechado; e aberto, a extremidade interna desdobra-se em *T* de ramos espessos, permittindo, desta arte, fazermos forte tracção sobre o collo, sem lesal-o.

Do lado de fóra, no cabo, ha um indicador para orientar-nos se o apparelho está fechado ou aberto.

Young construiu um, muito semelhante ao de De Pezzer.

Legueu, em 29 de Julho de 1903, apresentou á *Sociedade de Cirurgia de Paris* um outro typo de desencravador, construido por Collin.

Baseia-se sobre o mesmo jogo de ramos, sendo que, em vez de dois, aberto dá tres ramos e, desta maneira, age sobre os tres lobos da prostata.

Cathelin, ultimamente, inventou outro typo de desencravador.

É composto de uma haste acotovellada a 90.°, cuja extremidade espessa se applica contra o pubis e de duas

outras lateraes com a mesma curvadura e moveis em relação ao seu eixo longitudinal.

Estas hastes terminam, interiormente, por espatulas espessas e, exteriormente, por duas pequenas hastes verticaes que servem para fazer girar as duas espatulas internas.

Empregam-se ainda para abaixar a prostata as pinças de Muset, pinças tira-balas e sacca-rolhas.

Ultimamente Cathelin mandou fabricar uma pinça de tracção sem dentes, composta de duas partes rectangulares que se encaixam reciprocamente.

De todos estes instrumentos os mais usados são os desencravadores.

Ainda precisamos, para uma prostatectomia perineal, de sondas de Beniqué canaliculadas, sendo que Cathelin inventou uma que, além de ser canaliculada, é ôca e munida de uma torneira exterior que serve para esvasiar ou encher a bexiga.

Delbet usa cannivetes curvos para a direita ou para a esquerda e com cabo comprido; diz elle que facilitam a dissecção profunda.

Tezouras especiaes acotoveladas em angulo obtuso, pinças largas e de dentes compridos, pinças de Kocher curvadas, umas para a direita e outras para a esquerda, dando mais facilidade á operação, pois os anneis ficam para os lados; agulhas de Predal bem compridas, tambem são usadas.

C — Posição do doente. — Todos conhecem a forma anatomica da região perineal e quanto difficil é operar-se nella, maxime para uma operação que necessita grande descollamento, como é uma prostatectomia.

Por isso se tem procurado muito tornar esta região mais accessivel.

A principio, usou-se da posição classica da talha perineal; mas, depois que Jayle combinou a posição da talha com a de declive nas operações gynecologicas, Verhoogen lembrou-se de applical-a ás prostatectomias, exagerando, porém, o mais possivel a verticalidade do sacro, dando-lhe o nome de posição perineal invertida, a que outros chamam de sacro-vertical.

Para obtel-a, dobram-se as coxas do doente sobre o abdomen, collocando-as, ao mesmo tempo, em abducção forçada; levantando-se o sacro por um coxim, de maneira que exceda o bordo da mesa.

Desta maneira, a região apresenta-se chata e larga, em vez de ter a forma de um sulco.

Além disto, quando depois da incisão da pelle e dos musculos se chega ao espaço descollavel e se afasta o retalho ano-rectal para o cocix, vae nos apparecer em frente a face posterior da loja prostatica, por onde deve ser abordada a prostata e onde ha menos vasos.

Recentemente, em 1905, no Congrèsso Francez de Cirurgia, Dépage mostrou as vantagens da posição ventral e Verhoogen disse tel-a applicado com successo, mas não teve acceitação geral.

Loumeau, para obter a posição perineal invertida em qualquer mesa e com qualquer inclinação, inventou um apparelho que se compõe do porta-pernas de Doyen e do fixador de espadua de Jayle, o qual lhe tem dado os melhores resultados.

D—Operação propriamente dita.—Estando o doente nesta posição e com uma sonda cannaliculada na urethra,

confia-se esta a um ajudante, para que elle a mantenha e applique desta sorte a urethra posterior de encontro ao pubis.

A operação se pratica em seis tempos differentes.

1.° Tempo.—*Incisão cutanea; descoberta e descollamento do bulbo; secção do raphe superficial.*

a) *Incisão cutanea.*—A principio, foram diversos os typos de incisão cutanea usados.

Assim, Alexander no seu processo fazia uma simples incisão vertical media; Dittel, uma que partindo do vertice do cocix contornava em arco de circulo o anus e terminava no raphe ano-bulbar; Baudet usou a incisão em *Y* virado, como dissemos; Socin recentemente insistiu sobre as vantagens desta incisão, chamando-a de propria das prostatectomias; segundo Proust, porém, traz grandes despedaçamentos que difficultam a cicatrização.

Hoje, a preconisada e usada por todos é a incisão em arco de circulo, concava para traz, que, partindo de um ischion, vae ao outro, passando dois dedos adeante do anus.

b) *Descoberta e descollamento do bulbo.*—Depois de cortada a pelle e o tecido cellular sub-cutaneo, apparece ás nossas vistas uma saliencia na linha media.

Continuando-se a seccionar os tecidos, esta saliencia nos apparece perfeitamente; é o bulbo, envolvido pelos dois musculos bulbo-cavernosos.

Nos prostaticos que são velhos, o bulbo é hypertrophiado e fica todo coberto pelas fibras anteriores do sphincter externo do anus, chegando muitas vezes em contacto com este, de maneira que, para contornarmos o bulbo, precisamos cortar a incisão anterior deste musculo.

Com uma pinça puxa-se para traz o bordo posterior da incisão, deixando ver uma saliencia media em forma de corda; é o raphe superficial ano-bulbar.

c) *Secção do raphe superficial.*—Este raphe é preso entre duas pinças e seccionado, tendo-se o cuidado de não lesar o bulbo.

Affastando-se as duas extremidades seccionadas, começa-se a contornar o bulbo, cuja extremidade posterior está á direita e muitas vezes para traz da incisão.

Respeitam-se os musculos que o revestem; isola-se o bordo posterior dos musculos transversos superficiaes, trazendo este isolamento tambem o dos musculos profundos.

Nesta parte, quasi que não se tem seccionado arteria alguma, pois a perineal superficial é levada para deante com os musculos transversos; os ramos recurrentes são ligados.

Nesta occasião, levantando-se o bulbo, começa-se a distinguir a aponevrose perineal media, forrando os musculos levantadores do anus.

2.º Tempo.—*Isolamento dos levantadores do anus; secção do musculo recto-urethral.*

Neste tempo é que se vae encontrar a chave do espaço descollavel, um dos pontos onde o cirurgião deve proceder com o maior cuidado, pois está arriscado a abrir as paredes do recto.

a) *Isolamento dos levantadores do anus.*—Se olhar-se para o campo operatorio, vêr-se-á que no meio ha uma superficie regular e, de cada lado, uma orla formada pelas fibras anteriores dos musculos levantadores do anus, que se dirigem para traz.

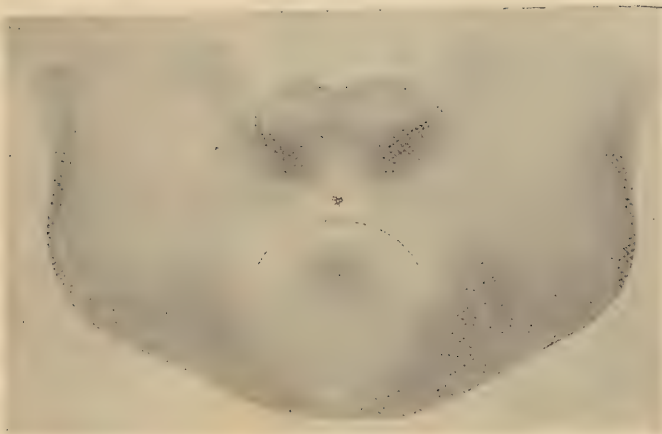



Fig. 1. — Incisão pre-rectal.

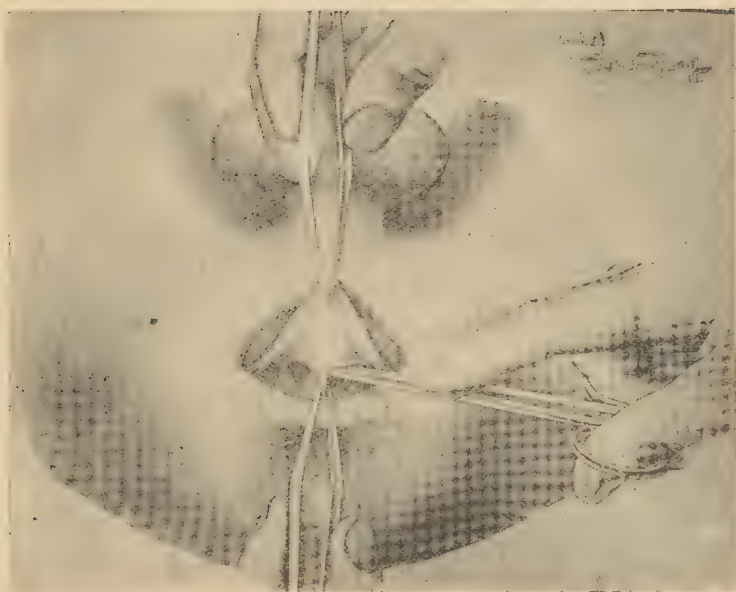



Fig. 2. — Secção do musculo recto-urethral.

Puxando-se para traz o labio posterior da incisão, vêr-se-á a faxa media desenhar-se, formada esta pela porção perineal do recto, continuado pelo musculo recto-urethral.

Trata-se de isolar os levantadores do anus pelo seu bordo interno com o dedo ou com a tentacanula, começando-se de deante na arcada perineal e dirigindo-se para traz.

b) *Secção do musculo recto-urethral.*—Agora, tendo ficado sómente a superficie media, vae-se seccional-a o mais alto possivel, no bordo posterior da aponevrose media.

Muitos cirurgiões não fazem isso, acontecendo não poderem descollar bem o recto.

3.° Tempo.—*Abertura do espaço descollavel recto-prostatico.*

Logo que o musculo recto-urethral é seccionado, o recto mobilisa-se para traz, puxando comsigo os dois levantadores do anus.

Com os indicadores procura-se o bom espaço descollavel e, introduzindo-os entre os dois folhetos da aponevrose prostato-peritoneal de Denonvilliers, resultante da união de uma dobra antiga do peritoneo, consegue-se separar o recto da prostata.

As duas paredes deste espaço são constituidas pelas faces desta aponevrose, uma forrando o recto e outra a face posterior da prostata, sendo conhecidas pelo aspecto luzidio e por não darem hemorrhagia.

Quando a secção do musculo recto–urethral não é bem feita, isto é, quando a secção não fôr bem parallela á urethra membranosa, pode-se penetrar no falso espaço descollavel,

formado pela parte musculosa do recto e o folheto posterior da aponevrose prostato-peritoneal de Denonvilliers.

Este mau espaço é conhecido:

1.° porque o descollamento não é facil;

2.° a parede rectal é francamente musculosa e não luzidia;

3.° ha producção de grande hemorrhagia.

Penetrando-se neste espaço e reconhecido o erro, deve-se seccionar para deante, até se encontrar o espaço conveniente.

Descoberto este, introduz-se a valva de que fallamos e puxa-se o retalho ano-rectal para traz, até encontrar o cocix.

Alguns introduzem para deante um afastador.

Introduzida a valva e puxado o retalho, a face posterior da prostata apresenta-se ao operador, graças á posição perineal invertida.

4.° Tempo.—*Abertura da loja prostatica; isolamento da prostata.*

a) *Abertura da loja prostatica.*—Como acabamos de vêr, tem-se em frente a face posterior da glandula, forrada pelo folheto anterior da aponevrose prostato-peritoneal de Denonvilliers.

O ajudante que mantém a sonda a empurra de maneira que a urethra prostatica ou antes o bico da prostata fique saliente.

Faz-se, então, uma incisão nesta parte da urethra, bem junto ao bico.

Retira-se a sonda e introduz-se pela incisão urethral um desencravador, sendo este depois aberto e mantido por um

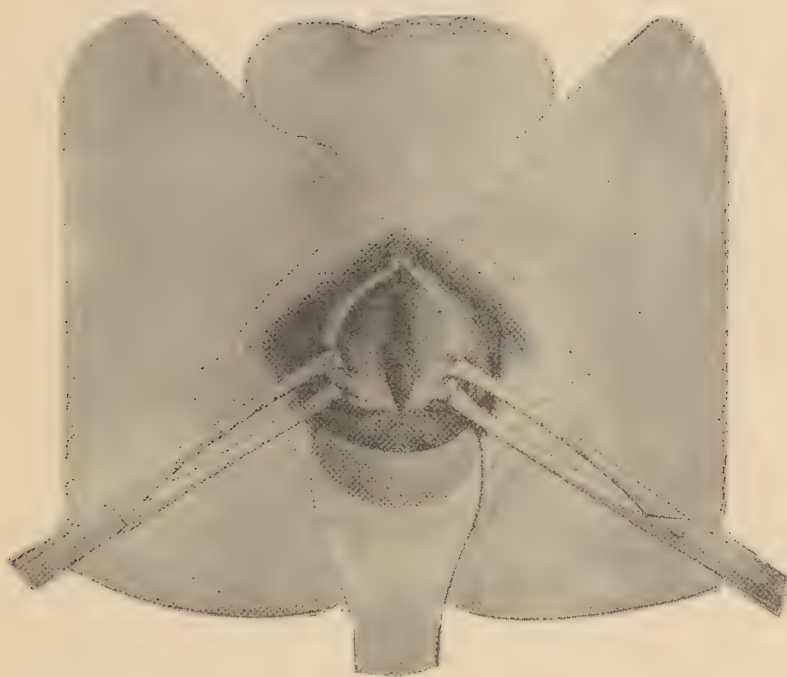



Fig. 3.—Abertura da urethra e hemi-secção da prostata.

Fig. 4.—Isolamento da prostata por descollamento.

ajudante, que não deve fazer muita pressão para não despedaçar a mucosa do collo vesical.

Em cada bordo da incisão da capsula prostatica colloca-se uma pinça Muset ou de tracção.

b) *Isolamento da prostata.* — Tira-se com a tezoura um retalho circular da capsula e começa-se a dissecção com pequenos golpes de tezoura, continuando a isolar a prostata das paredes de sua loja com o indicador, virando-a para a direita, quando se estiver isolando o lobo esquerdo e vice-versa.

O descollamento deve ser levado o mais longe possivel, até que o dedo encontre para deante a face posterior do pubis através da capsula descollada.

5.° Tempo. — *Ablação da prostata.*

Descollada a prostata, vae-se tratar de retiral-a da sua loja.

Tem-se de completar a hemi-secção (caracteristico deste processo); para isto se prolonga para traz a incisão da urethra, tendo o cuidado de não cortar o collo vesical, pois, segundo alguns, isto produzirá mais tarde a incontinencia de urinas, sendo melhor ir-se seccionando pouco a pouco.

Com uma tezoura vamos separar a glandula da urethra, tendo antes puxado um lobo para o campo operatorio e deixando uma certa espessura da glandula adherente a esta.

É preciso muito cuidado para não perfurar a urethra, pois dahi vêm complicações operatorias e mais tarde desvios da urethra, sendo bom, de vez em quando, introduzir-se o dedo nella para a necessaria verificação.

Separado o lobo prostatico da urethra, o dedo é introduzido na parte descollada e termina a separação de deante para traz, sahindo assim metade da prostata.

Mas, em geral, o primeiro lobo a tirar-se não póde sahir em um só pedaço; neste caso, é extrahido por despedaçamento.

Albarran preconisa esta technica, como dando os melhores resultados, dizendo que o arrancamento por pedaços deve ser methodico e progressivo.

Em 1902, discutiu-se isso na Sociedade de Cirurgia, sendo Legueu o seu maior inimigo.

O arrancamento em grandes pedaços é um bom processo, que deve ser tomado como processo de necessidade.

Retirados os lobos, o dedo é introduzido pela urethra seccionada até á bexiga e a explora para vêr se ha calculos ou lobo medio pediculado.

Se existem calculos, extrahem-se; se houver lobo medio, com o dedo introduzido na bexiga se o puxa para a incisão urethral e pratica-se a ablação.

Albarran propoz fazer-se neste tempo a resecção da porção exuberante da urethra.

6.° Tempo.—*Sutura e drenagem cysto-perineal.*

Introduz-se um tubo de caout-chouc grosso pela urethra até á bexiga e sutura-se a urethra com pontos separados de cat-gut, partindo do collo e vindo até ao tubo.

Deitam-se duas mechas no espaço deixado pela retirada da prostata e tira-se a valva, indo neste momento o recto de encontro á bexiga.

O tubo é fixado ao perinêo e dois pontos de seda são applicados profundamente, para diminuir o mais possivel o espaço morto.

Applica-se um penso, de maneira que seja atravessado

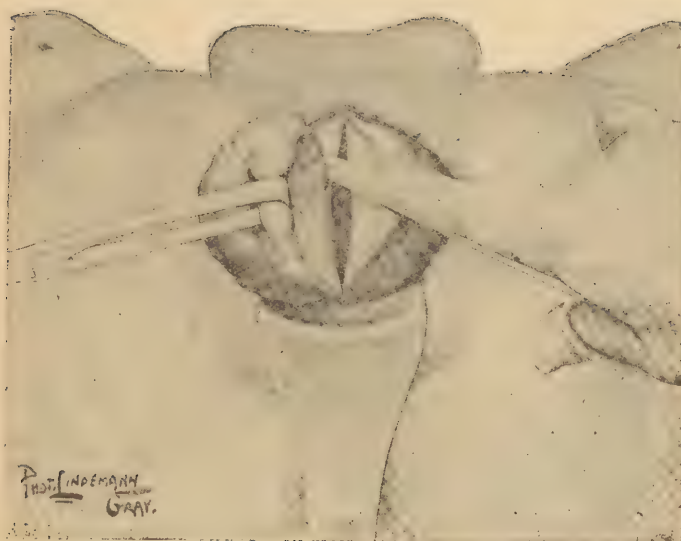



Fig. 5. — Ablação do lobo direito da prostata.

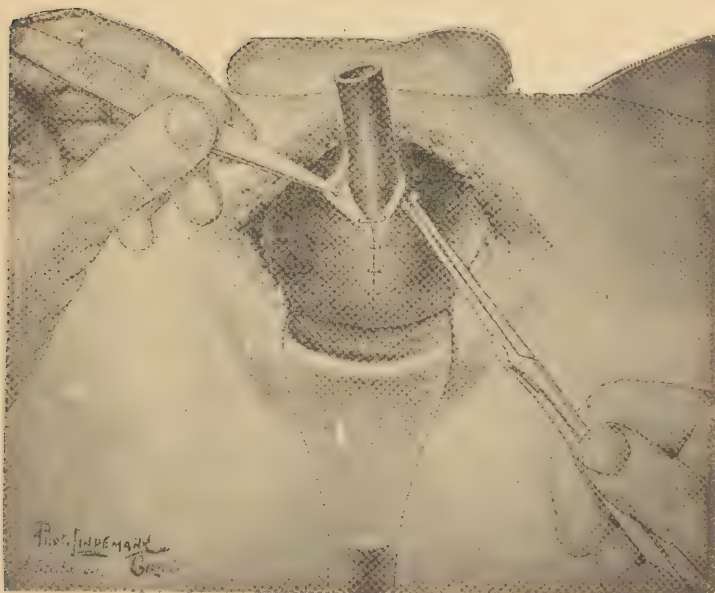



Fig. 6. — Sutura da urethra até ao dreno cysto-perineal.

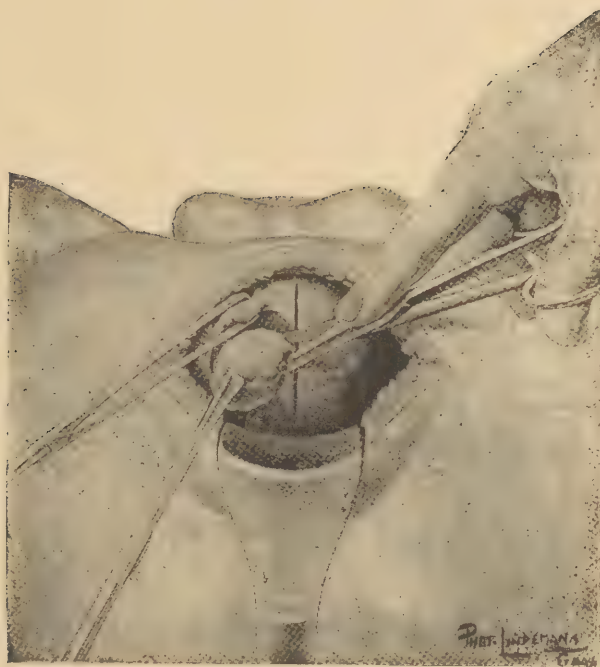



Fig. 7.—Prostatectomia por despedaçamento.

pelo tubo e mantenha o recto de encontro á bexiga. O doente é levado ao leito e a extremidade do tubo mergulhada em um frasco que servirá para receber a urina.

E — CUIDADOS POSTERIORES. — Os cuidados posteriores consistem, nos primeiros dias, em lavagens da bexiga pelo tubo perineal com solução de nitrato de prata a 1 °/₀₀ ou acido borico a 4 °/₀, ou simplesmente agua esterilisada, praticadas estas duas vezes ao dia.

No segundo dia, retiram-se as mechas e renova-se o penso.

Se o tubo funccionar mal, substitue-se por outro, sendo que o trajecto se tunelisa facilmente.

No oitavo dia tira-se este tubo e colloca-se uma sonda de permanencia n. 20.

Nem sempre é facil fazer-se isso, sendo preciso usar o conductor de Guyon ou então guiar a sonda com o dedo introduzido pela ferida perineal, sendo má esta technica por favorecer a infecção da ferida operatoria.

Proust aconselha o emprego de uma sonda *bequille* especial, apresentando ao nivel da porção acotovelada um orificio alongado, que respeita completamente o angulo da sonda e vem terminar por uma mossa insignificante no nivel do bico.

Com esta sonda pode-se, quando tiver de ser mudada, introduzir por dentro della uma vela conductora e por meio desta guia facilitar a introducção da nova.

Pouchet propoz supprimir a sonda de permanencia, desde que o tubo perineal tenha tunelisado os tecidos, bastando para restabelecer o curso normal das urinas fazer o catheterismo repetido.

Usando-se, porém, da sonda de permanencia, os resultados são melhores.

Esta sonda deve ficar seguramente quatro semanas, pois é geralmente o tempo que leva a ferida perineal para completa cicatrização.

F—Complicações operatorias.—Além das complicações communs a todas as operações,—a infecção e as hemorrhagias secundarias, ha tres especies de complicações especiaes a este caso: as fistulas rectaes, as perturbações do apparelho urinario e as do apparelho genital.

A—Fistulas rectaes.—Podem ser de duas especies: ou immediatas á operação ou tardias.

As primeiras são, em geral, consequencia da má technica operatoria; são produzidas pela secção e abertura do recto perineal, em vez do musculo recto-urethral; mas hoje que o papel deste musculo tem sido estudado, poucos casos são observados.

As segundas podem ser produzidas, ou pelo esphacelo de uma parte do recto, devido a ter-se penetrado no falso espaço descollavel, ou pelo esphacelo produzido pelo contacto prolongado do dreno perineal.

Em geral, estas fistulas são recto-urethro-perineaes; porém outras vezes a urethra isola-se, cicatriza e fica a fistula rectal simples.

B—Complicações urinarias.—Podemos distinguir as seguintes: fistulas urethro-perineaes, incontinencia de urinas, alterações e desvios da urethra.

a) *Fistulas urethro-perineaes.*—Este accidente, geralmente, se produz quando o individuo tem o canal estreitado,

sendo sem importancia e curando facilmente pelo catheterismo repetido.

b) *Incontinencia de urinas.*—Os operados de prostatectomia perineal vêm muitas vezes a soffrer de incontinencia de urinas, sendo esta algumas vezes devida a erros de technica operatoria, outras vezes á falta que faz a prostata retirada.

Esta glandula hypertrophiada empurra para a peripheria o collo vesical e vae relaxando o sphincter por distensão; mas esse ainda preenche as suas funcções, porque a prostata o está comprimindo; desde o momento em que é retirada, produz-se a incontinencia de urinas e continúa, até que o sphincter se adapte de novo ás suas funcções.

A incontinencia póde ainda ser devida a estragos produzidos no sphincter vesical ou na urethra membranosa, destruindo nervos.

Neste caso, podemos observar:

1.° Uma incontinencia temporaria, occasionada, em geral, pela falta de sensibilidade; os doentes não sentem que urinam e esta anesthesia vae ás regiões visinhas.

Esta incontinencia é muito transitoria; desapparece rapidamente.

2.° Uma incontinencia diurna, quando o individuo está de pé, desapparecendo quando se deita, a qual se attenúa progressivamente.

3.° Incontinencia completa, tanto á noite como ao dia, o individuo leva a urinar continuadamente, trazendo assim um ponto negro a esta operação; não estando ainda bem conhecidas as causas deste accidente.

4.º Ha ainda uma falsa incontinencia, onde parece ao individuo que está a urinar constantemente.

c) *Alterações e desvios da urethra.*—Estas alterações quasi nunca chegam a formar verdadeiro estreitamento, são desvios em forma de cotovelo ou mesmo bridas que se formam, tornando o catheterismo difficil.

C—Complicações genitaes—São duas as variedades: uma que póde deixar de apparecer—a orcho-epididymite, outra que é uma consequencia da operação—a impotencia.

A primeira se encontra na proporção de 10 a 30 % dos operados; é benigna em geral, podendo algumas vezes terminar pela suppuração, apresentando neste caso gravidade.

A segunda é devida talvez á lesão dos canaes ejaculadores e dos nervos que percorrem os tecidos visinhos.

Young propoz um processo, a que dá o nome de *conservative prostatectomy*, que evitaria 50 % das impotencias.

G—Modificações ao processo.—Albarran segue quasi o mesmo processo de Proust, com a differença que abre a capsula e faz o descollamento antes de abrir a urethra.

Assim, elle manda proceder:

«Pede-se ao ajudante que tem ao seu cargo a sonda urethral, para empurral-a de deante para traz, de maneira que a prostata é projectada para fóra.

Com o cannivete procura-se incisar a capsula da glandula, partindo do bico e dirigindo-se para traz, tanto quanto se puder.

Segura-se cada labio da capsula incisada com uma pinça de quatro dentes; começa-se a descollar com as pontas da

tezoura, cortando-se na linha media, onde a capsula adhere sempre.

Começado o descollamento com a tezoura, continúa-se e termina-se com o indicador».

Além disso, elle extrae a prostata por despedaçamento, como já dissemos, composto este de dois tempos: 1.° livrar a urethra prostatica e o cóllo ao longe; 2.° abaixar a bexiga com o dedo para acabar a incisão da massa hypertrophiada.

Hartmann tira uma parte das paredes urethraes e em seguida reune por pontos de cat-gut os labios da incisão.

Foi levado a essa modificação, porque fazendo a necropsia em prostatectomisados curados, tendo morrido secundariamente de accidentes cardiacos, viu que a urethra prostatica tinha dimensões extraordinarias; então, resolveu proceder deste modo.

Legueu, depois de abrir a urethra, como Proust, e começar o descollamento da capsula prostatica, resecca toda a parte accessivel desta.

«Deste modo, diz elle, torna-se facil extrahir os dois lobos sem fazer o despedaçamento».

Alguns aconselham que se procure ligar os canaes deferentes, evitando deste modo a complicação commum da orcho-epididymite.

Estas ligaduras cahem cedo ou tarde e não preenchem o fim a que são destinadas.

Albarran, nos doentes que antes tinham tido orchites, pratica a secção dos canaes deferentes ao nivel dos cordões espermaticos.

M. von Rydigier se esforça, incisando a prostata, em

não abrir a urethra, evitando assim as fistulas futuras, e destaca a parede juxta-urethral da prostata por meio de uma secção a cannivete, feita a um centimetro das paredes da urethra posterior.

Elle só abre a urethra, quando a bexiga, muito inficionada, necessita grande drenagem, não bastando para isso a sonda de permanencia.

Alfred Pousson (de Bordeaux) praticou uma prostatectomia perineal e drenou por meio da sonda de permanencia, suturando a urethra completamente.

Young, para evitar a lesão dos nervos existentes na região que cerca a urethra prostatica e que servem para a erecção, em vez de abril-a nesta porção, abre na membranosa e extrahindo a prostata, deixa uma parte della adherente á face posterior da urethra prostatica.

« Desta maneira, diz elle, se evita as mais das vezes a impotencia ».

Bœckel, achando que pela incisão pre-rectal e afastamento do recto, simplesmente, não se podia extrahir prostatas volumosas, inventou um novo processo, no qual se faz a mobilização temporaria do recto, ficando uma grande abertura por onde se póde extrahir as maiores prostatas.

Este processo, entretanto, não tem razão de ser, pois pela simples incisão pre-rectal e afastamento do recto, os cirurgiões têm extrahido prostatas de 210 grammas.

CAPITULO III

Prostatectomia transvesical

(PROCESSO FREYER)

ANTES de descrevermos o processo operatorio, faremos, como Freyer bem o fez, ligeiras considerações anatomo-pathologicas da hypertrophia da prostata e uma descripção anatomica das relações da capsula com a prostata.

Sem isto, não poderiamos fazer comprehender o processo de Freyer.

O que antigamente os anatomistas diziam a respeito da prostata, considerando duas as prostatas, é uma verdade reconhecida hoje.

Freyer provou que a prostata glandular não é formada por uma massa unica atravessada pela urethra.

Ella se compõe de dois lobos distinctos, unidos para traz e separados para deante, os quaes, á medida que se hypertrophiam, vão se approximando da sua forma na vida embryonaria, onde são dois orgãos distinctos.

Cada um destes lobos é envolvido por uma capsula propria muito delgada, fibrosa e resistente, que cobre toda a glandula, salvo nas commissuras.

Estes dois lobos com suas capsulas proprias são envolvidos em uma capsula commum, formada pelo fascia recto-vesical.

Ninguem poderá ter melhor comparação para isto do que Freyer, dizendo que a prostata glandular é uma laranja, em que a capsula commum é o pericarpo ou casca da laranja, a capsula propria é o mesocarpo ou aquelle tecido resistente e delgado que cerca cada bago, e o endocarpo ou polpa constitue a prostata, com a differença, porém, que a polpa constitue sómente dois bagos.

Quando a prostata começa a hypertrophiar-se, vae-se desenvolvendo para o lado em que encontra menor resistencia, sendo este o da bexiga, formando o lobo medio; para baixo, é sustada pelo ligamento triangular,. para traz pelo sacro, para a frente pelo pubis.

Quando os lobos lateraes vão se desenvolvendo, as adherencias das commissuras e delles com a urethra cedem, vindo isto explicar o poder se enuclear os lobos deixando a urethra intacta.

Dadas assim estas explicações, vamos entrar no processo de Freyer, que pratica dois typos de prostatectomia: um sub-total, a que chama idéal, outro total, em que a urethra sahe com o tumor.

Descreveremos o sub-total por ser o melhor processo.

Da mesma maneira que fizemos na prostatectomia perineal, estudaremos neste capitulo o preparo do doente, os instrumentos, a posição a dar-lhe na operação, o processo operatorio, cuidados posteriores, as complicações operatorias e as modificações ao processo.

A — Preparo do doente. — O preparo é o mesmo que soffre o doente para ser operado pelo methodo perineal, sendo que alguns, em vez de encher a bexiga com solução borica, enchem-na com ar, evitando assim a inundação do campo operatorio.

Uma sonda *béquille* é collocada na urethra.

B — Instrumentos. — São, além dos communs — canivetes, tentacanulas, tezouras, pinças de dissecção, de dente de rato, hemostaticas, etc., os afastadores articulados especiaes.

Ultimamente, Cathelin inventou um afastador composto de dois de Farabocuf, fixados nas extremidades de uma pinça de cremalheira.

Tem elle a propriedade de, introduzido na bexiga, evitar a suspensão da parede vesical por fios.

Tambem Pousson inventou um afastador de ramos articulados, tendo em cada ramo uma lampada electrica que serve para a illuminação da bexiga.

C — Posição do operando. — É a posição commum da talha hypogastrica, a principio com uma inclinação de 45.°, para facilitar a queda dos intestinos e o accesso á bexiga, e depois tornando-se horizontal.

D — Operação propriamente dita. — Podemos dizer serem duas as operações: a talha hypogastrica e a ablação da prostata.

a) *Talha hypogastrica.* — Esta operação deve obedecer á technica que lhe é propria, com a differença que, para a especie em questão, a abertura da bexiga deve ser prolongada para cima e para baixo, procurando-se, entretanto,

evitar, approximando-se do collo, a lesão do plexus prevesical, que difficultará a intervenção, em face da hemorrhagia que se lhe segue.

b) *Ablação da prostata.*—Freyer aconselha que no ponto mais saliente da prostata se faça uma pequena abertura da mucosa vesical, por onde se introduzirá o dedo, afim de, attingindo-se o plano de separação, enuclear os lobos prostaticos.

Castano pensa que nem sempre se consegue abrir a mucosa com a unha e se é obrigado a usar do cannivete.

Usando-se deste, deve-se ter o maximo cuidado em evitar a abertura da capsula propria; do contrario, agir-se-ha em pleno tecido adenomatoso, provocando-se grande hemorrhagia e desnaturando o processo de Freyer.

Castano aconselha que se faça uma incisão de um centimetro da mucosa vesical e, seguros os bordos desta por duas pinças, se comece a procurar o plano de separação com o dedo.

Outros aconselham que, quando houver lobo medio pediculado, se o seccione pelo pediculo com uma tezoura e por esta abertura se extraia a prostata.

Proust faz uma secção transversa da mucosa vesical a um centimetro acima do baixo-fundo da bexiga com uma tezoura e depois dá uma fórma semi-elliptica abraçando a origem da urethra e deixando vêr o tecido prostatico.

Por este meio póde-se, da mesma maneira, lesar a capsula propria e penetrar-se no tecido glandular.

Ultimamente, Proust declarou ter abandonado esta technica, seguindo a de Freyer.

Fig. 8.—Talha hypogastrica (a bexiga aberta largamente deixa vêr a saliencia da prostata e a sonda introduzida pela urethra).

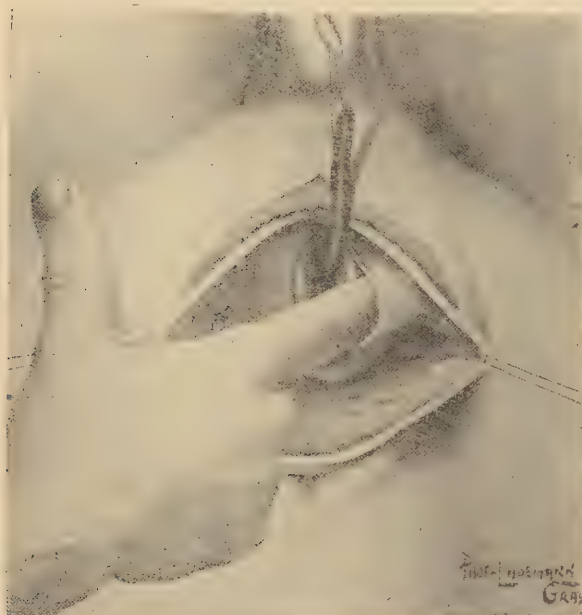



Fig. 9.—Abertura da mucosa vesical junto ao collo, no ponto mais saliente da prostata.

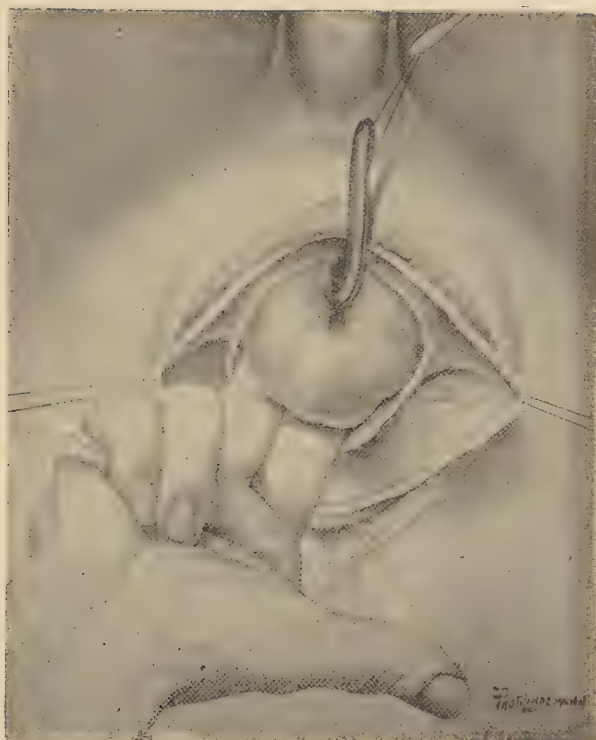



Fig. 10. — Descollamento da face postero-inferior da prostata com o indicador e o medio.

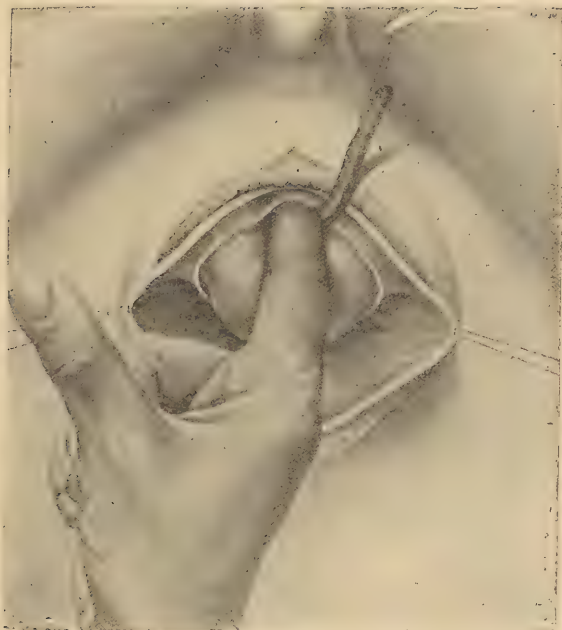



Fig. 11. — Separação do polo anterior da glandula dos ligamentos triangulares.

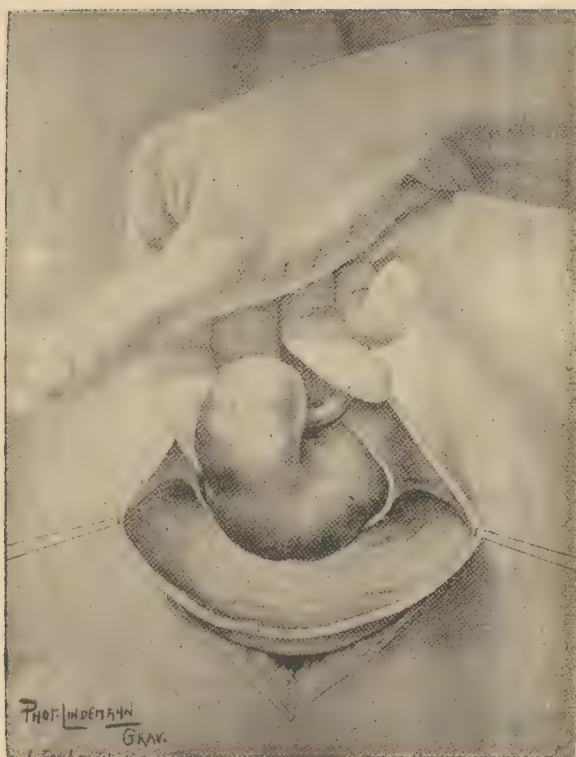



Fig. 12 — O indicador e o medio em gancho livram e puxam o polo anterior do lobo esquerdo.

Fig. 13.—Ablação em massa na operação total; a glandula sae formando um annel em volta da sonda.

Com o dedo indicador da mão direita, tendo calçado na esquerda uma luva de caout-chouc e introduzindo o dedo no recto para levantar a prostata e guiar-se na enucleação, procura-se descollar a mucosa vesical das faces externa e superior do lobo direito.

Á medida que o descollamento se effectúa, o dedo vae progredindo e chega-se a contornar com o indicador as faces posterior e inferior da prostata.

Em seguida, introduz-se o medio e o indicador e descolla-se a face externa do lobo esquerdo para traz e para baixo. Ficam assim os lobos presos sómente pela extremidade anterior e pela face interna.

É o ponto mais difficil desta operação.

Servindo-se da sonda como guia, vae-se com o indicador separar os lobos da urethra.

Loumeau aconselha que, neste tempo, se puxe a sonda pelo bico e se unam as duas extremidades acima do pubis.

Em seguida, procura-se, vindo de dentro para fóra, fazer a separação do polo anterior da glandula dos ligamentos triangulares, logar onde a prostata é mais adherente e onde a separação occasiona pequena hemorrhagia.

O mesmo se pratica com o outro lobo e, depois de sentir-se, ajudado pelo dedo que está no recto, que os lobos estão livres, se os extrae pela abertura vesical.

Ás vezes com os lobos prostaticos vem parte da parede anterior da urethra prostatica.

Esta é a operação sub-total.

Na total, vem com as massas adenomatosas uma porção

da urethra prostatica, os lobos sahem fazendo um annel em volta da sonda.

Esta variante só deve ser executada quando a commissura exterior estiver resistente, porque a hemorrhagia é mais forte, devido a tirar-se o tecido commissural que adhere ás veias retro-pubinas, rompendo-se estas.

Retirada a prostata, geralmente em duas porções, introduzem-se mechas de gaze e faz-se compressão na loja prostatica, principalmente para deante de encontro ao pubis, até que a hemorrhagia tenha cedido.

Se esta continuar, fazem-se lavagens quentes, podendo-se empregar soluções de antipyrina ou de adrenalina.

Freyer diz que com grande rapidez a cavidade deixada desapparece, graças á elasticidade da capsula, á contractilidade dos musculos visinhos e á pressão dos orgãos pelvianos, comparando isto á contracção uterina depois do parto.

Acabada a operação, Freyer colloca na bexiga um calibroso dreno, que permitta, em caso de necessidade, a introducção de pinças para a extracção de coagulos.

Não usa sonda de permanencia.

Nós usamos aqui um tubo-syphão de Guyon e uma sonda de permanencia n. 22 na urethra, de maneira que são dois drenos a funccionar.

Deve-se ter o cuidado que o tubo-syphão não descanse sobre a parede posterior da bexiga, nem penetre na loja prostatica.

Sutura-se a bexiga a cat-gut parcialmente e se a suspende aos musculos rectos.

Alguns pontos separados são dados nos musculos e a pelle é suturada a seda.

Passa-se o penso, deixando atravessal-o o tubo-syphão.

Alguns aconselham que se façam immediatamente grandes lavagens com solução de nitrato de prata a 1 °/₀₀, dizendo Hartmann ser isto indispensavel, e Boulonneix em sua these inaugural, publicada em 1904, diz ter morrido um doente de Hartmann por falta desta technica.

E — Cuidados posteriores. — O doente deve ser collocado em um leito de lastro resistente e inclinado, para facilitar a drenagem, indo o tubo-syphão e a sonda mergulhar em um frasco collocado debaixo do leito.

Fazem-se grandes lavagens com agua esterilisada quente, duas vezes por dia, entrando pela sonda e sahindo pelo tubo-syphão.

Freyer, usando do dreno calibroso em vez do tubo e não usando sonda de permanencia, manda que se introduza no interior do dreno uma canula de calibre sensivelmente inferior, de maneira que a agua circule livremente entre ella e as paredes do dreno.

As mechas, quando collocadas, são retiradas no segundo dia.

Freyer retira o dreno no quarto ou quinto dia e continúa as lavagens pela ferida vesical; do decimo dia em deante, começa a lavar a bexiga pela urethra, á maneira de Janet, só introduzindo sonda de permanencia no decimo quinto dia.

Deixamos o tubo syphão, até vermos que a drenagem pela sonda só é sufficiente e que não ha perigo de nenhuma complicação; em geral, vem a ser no decimo dia.

Alguns empregam nos primeiros dias a irrigação continua da bexiga por um dispositivo especial, evitando deste modo a infecção, mas este meio necessita grande vigilancia da parte do enfermeiro.

F—Complicações operatorias.—Podemos dizer que as complicações operatorias da prostatectomia transvesical se resumem em hemorrhagia e infecção.

A hemorrhagia póde ser immediata e muito difficil de ser debellada, acontecendo isto quando não se penetra no bom plano de separação; póde ser pequena e persistente, como aconteceu em nosso doente de observação I em que no terceiro dia extrahimos grandes coagulos da bexiga, cedendo facilmente.

Em geral, os doentes não são victimas de hemorrhagia.

A infecção póde-se apresentar sob tres fórmas differentes: ou sob a fórma de cellulite pelviana, ou de infecção generalisada, ou de complicações pulmonares.

A mais commum destas é a cellulite pelviana, que póde ser evitada ás vezes pela suspensão da bexiga aos musculos rectos; porém, algumas vezes os productos septicos se accumulam na cavidade prostatica, ainda não defendida pelo novo epithelium e, sendo absorvidos, vão produzir a infecção geral.

Esta se declara por symptomas que devem ser conhecidos pelos cirurgiões, como sejam, no terceiro dia, acceleração do pulso sem augmento de temperatura e uma dyspnéa, absolutamente caracteristica.

Em seguida vem o cortejo da infecção geral.

Havendo infecção do espaço de Retzius, devem-se fazer contra-aberturas, que facilitem a drenagem.

As complicações pulmonares são communs, principalmente, nos operados velhos, em geral, em que ha estase pulmonar.

Por isso Misset, em sua these inaugural, chama a attenção para que se colloque o doente sentado ou recostado, logo que assim puder ficar.

As outras complicações que assignalamos na prostatectomia perineal não são observadas na transvesical.

É assim que nunca se lesou o recto; a orcho-epididymite é excepcional e do mesmo modo a incontinencia de urinas; a impotencia raramente é observada; a fistula super-pubiana foi notada algumas vezes, e os estreitamentos da urethra podem ser temidos theoricamente, mas não observados.

G — Modificações ao processo. — Raras têm sido as modificações a este processo.

A não serem aquellas, de que já nos occupamos sobre abertura da mucosa vesical para começar a ablação da prostata, conhecemos as seguintes:

Legueu critica a operação feita a dedo, qualificando-a de anti-cirurgica, de escamoteação de uma prostata, e propõe que se use, em vez do dedo, cannivete, tezoura e pinças e por meio destes instrumentos se tire a prostata.

Este processo, além de ser muito demorado, traz em geral grande hemorrhagia.

Duval sutura, quando faz a operação total, os bordos da mucosa da urethra prostatica aos bordos da mucosa vesical, de maneira a accumular ou pelo menos revestir de mucosa a superficie cruentada, deixada pela retirada da prostata.

Este processo tem bôa base theorica, mas na pratica não dá resultado, porque a bexiga em geral se acha inficionada e a cicatrização não se faz por primeira intenção.

Israël lembrou-se de fechar completamente a bexiga e drenar simplesmente pela sonda de permanencia, e fez disso uma communicação á *Sociedade Livre dos Cirurgiões de Berlin*, referindo doentes asepticos em que empregou este processo.

Esta technica não deve ser seguida; pois, se algumas vezes dá resultado, é por mera felicidade.

Para evitar os accidentes infecciosos e assegurar a drenagem, certos cirurgiões, como Pardöe e Israël, recommendaram fazer-se uma abertura perineal.

Assim elles mandam proceder: «Terminada a ablação da prostata, o doente é posto na posição da talha perineal e faz-se uma incisão perineal media e, reconhecida a urethra, pratica-se a urethrotomia externa.

Introduz-se pela ferida perineal um dreno grosso e curto, que vae até á loja prostatica.

Deve-se ter cuidado em não lesar a urethra membranosa por causa da grande hemorrhagia que dahi póde sobrevir».

Nenhuma destas modificações tem grandes vantagens sobre o processo de Freyer.

CAPITULO IV

Processo mixto de prostatectomia total

(METHODO PERINEO-SUPER-PUBIANO DE CATHELIN)

Levado pelo tino de verdadeiro cirurgião que, quando vae operar, não segue obstinadamente um plano preconcebido e, sim, guia-se pelas circumstancias da occasião, foi que Cathelin inventou o seu novo processo de prostatectomia total por via mixta ou perineo-super-pubiana.

Foi operando um doente que tinha hypertrophia do lobo medio da prostata e no qual não poude praticar a prostatectomia transvesical, devido ás grandes adherencias da bexiga aos musculos rectos, por operações anteriores, que Cathelin resolveu operar por via perineal, introduzindo o dedo da mão esquerda na bexiga pela ferida super-pubiana, afim de guiar-se na enucleação.

«*Desta maneira*, diz elle, *tiram-se as duas vantagens primordiaes dos dois processos conhecidos,—a extirpação em bloco da via transvesical e a bôa drenagem da perineal.*»

É verdade que, muito antes de Cathelin ter praticado este processo, já Alexander e Nicoll faziam a abertura da bexiga e a ablação da prostata pelo perinêo.

Mas, como já dissemos no historico, elles tiravam a prostata por arrancamento em pedaços, ao passo que Cathelin, como veremos, tira em um blóco, comprehendendo a urethra prostatica.

Elles abriam a bexiga largamente e, por esta abertura, introduziam os dedos para abaixar a prostata, ao passo que Cathelin faz uma pequena botoeira na bexiga e o dedo introduzido faz o papel de guia, como o dedo introduzido no recto, no processo de Freyer.

Nicoll não abria a urethra, Alexander abria a membranosa; Cathelin incisa a prostatica respeitando a membranosa, e dahi o facto de não se observarem incontinencias de urinas depois da operação.

Não ha quem desconheça o papel do sphincter membranoso da urethra na contenção das urinas, principalmente depois das prostatectomias em que a urethra prostatica vem a ficar sendo uma continuação da bexiga, e ninguem mais chamou a attenção para isto do que Guyon nas suas lecções clinicas.

Assim se exprime elle:

«Le sphincter de la portion membraneuse établit entre les deux portions de d'urèthre une séparation des plus nettes, séparation dont le chirurgien doit tenir en compte absolue».

«Le sphincter membraneux perfectionne et complète l'appareil sphinctérien de la vessie, il en est la partie la plus puissante.

Ou peut dire, comme nous l'avons toujours professé dans nos conférences, que le col du réservoir urinaire se

prolonge jusqu'au ligament de Carcassone. Á cet égard, comme à tant d'autres, l'urèthre postérieure n'est qu'une partie annexe de la vessie».

Ditas assim estas palavras, vamos entrar, como fizemos nos outros capitulos, no preparo do doente, nos instrumentos usados, posição operatoria, operação propriamente dita, cuidados posteriores e complicações operatorias.

A — Preparo do doente. — Nada temos a dizer, a não ser que é uma reunião dos preparos feitos nos doentes que têm de ser operados pelos dois processos estudados.

B — Instrumentos. — Além dos communs ás operações, Cathelin serve-se de afastadores, pinças de tracção, desencravadores especiaes, cujas descripções já demos nos capitulos estudados.

Resta-nos descrever um mensurador do lobo medio, inventado ultimamente por elle e apresentado na secção de 23 de Novembro de 1907, na *Sociedade de Biologia de Paris*.

Achando que é de grande utilidade o conhecimento do tamanho exacto deste lobo, elle inventou o seguinte apparelho:

É uma haste correspondente ao n. 17 da escala de Charière e terminada por uma extremidade acotovelada a 75.º.

O instrumento compõe-se de dois tubos: um interno massiço — o macho, corre no interior do outro ôco — a femea, cada um delles correspondendo á metade do bico desdobrado.

O ramo interno é movido por um volante, munido de um indicador, collocado no punho do instrumento.

Na extremidade interna da haste externa existe uma fenda feita na parte inferior, medindo 5 centimetros.

No ramo interno existe para dentro do volante uma graduação por centimetros até 5.

Technica para a applicação deste mensurador.

Compõe-se de 5 tempos:

1.º Tempo.—Depois de cheia a bexiga com solução borica, introduz-se o apparelho, segundo as regras do catheterismo, com o bico para cima.

2.º Tempo.—Uma vez dentro da bexiga, volta-se o bico para baixo.

3.º Tempo.—Puxa-se para fóra, até que se sinta uma resistencia—é a face posterior do lobo medio.

4.º Tempo.—Desdobra-se o bico, girando-se o volante.

5.º Tempo.—O operador puxa o volante para si, até que sinta a resistencia offerecida pelo pubis ao bico desdobrado.

Lê-se então na extremidade externa da haste interna o numero marcado, e este corresponde em centimetros á espessura do lobo medio.

C—Posição.—É primeiramente a horizontal da talha hypogastrica e, em seguida, a sacro-verticial ou perineal invertida de Proust, já descripta anteriormente.

D—Operação propriamente dita.—Compõe-se este processo de duas operações: a primeira—uma talha hypogastrica; a segunda—uma prostatectomia perineal.

a) Talha hypogastrica.—Não descreveremos esta operação, por ser de vulgar conhecimento; apenas temos a dizer que Cathelin manda que a abertura da bexiga seja bem pequena, um centimetro, deixando passar o dedo indicador e por onde se deve introduzir o afastador vesical de Cathelin, que evita a fixação da bexiga por meio de fios suspensores.

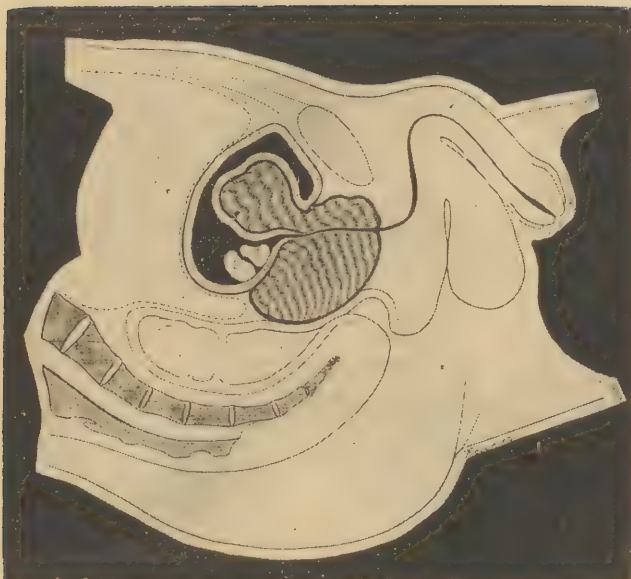



Fig. 14.—Lobo medio desenvolvido para o interior da bexiga; caso susceptivel do processo mixto de Cathelin.

Fig. 15. — O dedo introduzido na bexiga pela ferida hypogastrica guia o perineal na enucleação.

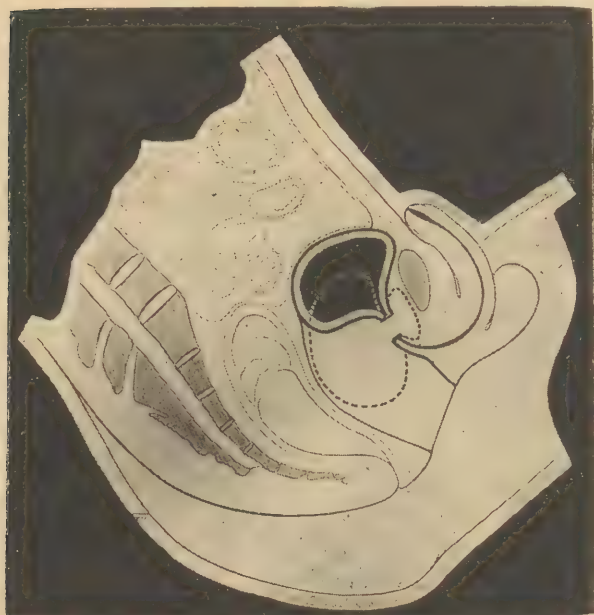



Fig. 16.—Como fica a região depois da prostatectomia (a linha pontuada indica a região occupada pela prostata).

b) *Prostatectomia perineal.*—É um processo muito semelhante ao de Gosset e Proust, já descripto, isto é, incisão transversa pre-rectal de um ischion ao outro, secção do musculo recto-urethral tendo-se o cuidado de não abrir o recto, incisão media da urethra, um centimetro, sobre a sonda canaliculada.

Descoberta a prostata, inicia-se a sua separação com a tentacanula, descollando por debaixo da capsula anatomica; em seguida, introduz-se o desencravador de Cathelin pela incisão feita na urethra e, por meio desta, abaixa-se a prostata.

Com o dedo introduzido pelo perinêo começa-se a decorticação dos dois lobos, iniciando por baixo.

Á proporção que se adeanta na separação, o dedo perineal vae-se approximando do super-pubiano, introduzido pela abertura vesical e este o vae guiando na enucleação para que a mucosa não seja lesada.

Disposto o dedo em gancho, polpa para deante, rompem-se as ultimas adherencias retro-pubianas e, rôtas estas, a prostata se mobilisa ficando presa sómente á urethra.

Procura-se livrar o collo vesical por uma separação sub-mucosa, sempre a dedo; corta-se a urethra em plena região prostatica, respeitando a porção membranosa.

Introduz-se o dedo que está na bexiga, através do collo vesical, para guiar o dreno collocado na ferida perineal.

Feito isto, pratica-se a sutura perineal.

A pequenez da abertura vesical dispensa sutura; um pequeno dreno é collocado na cavidade de Retzius.

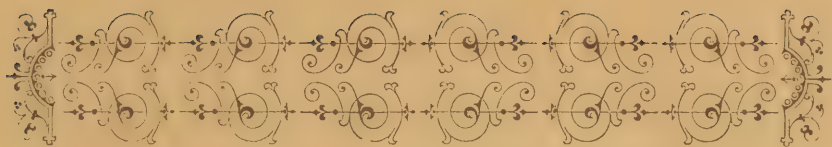
E—Cuidados consecutivos.—Deve-se constipar o doente nos primeiros dias.

O dreno é conservado durante tres a cinco dias, depois do que é tirado, collocando-se uma sonda de permanencia.

Fazem-se lavagens da bexiga duas vezes por dia.

Deve-se deixar a sonda de permanencia durante um mez a seis semanas, tempo em que geralmente cicatriza a fistula perineal.

Retirada a sonda de permanencia, deve-se praticar a dilatação progressiva da urethra por meio de sondas metallicas.

F — COMPLICAÇÕES OPERATORIAS. — São as complicações do methodo perineal que podem ser observadas nos operados por este processo, porém em proporção menor do que naquelle.

CAPITULO V

Resultados operatorios

Os resultados operatorios das prostatectomias podem ser estudados de dois modos:

a) resultados anatomicos.

b) resultados clinico-therapeuticos.

RESULTADOS ANATOMICOS

Estudaremos primeiramente os resultados anatomicos, que servirão de base para se julgar do valor da operação.

Estudo é este muito difficil de se fazer, porque as necropsias têm sido praticadas em prostatectomisados pouco tempo antes da morte.

Em face, pois, do exposto, comprehende-se a impossibilidade de se considerarem como definitivos os achados anatomicos da região operada, em vista de terem sido colhidos pouco tempo após a intervenção.

Na prostatectomia perineal conhecemos, graças aos trabalhos de Küss, uma necropsia praticada sete mezes após a operação.

Eis o resultado da autopsia:

«Volumosa urethro-pyo-nephrose bilateral sem calculos, mesmo no corno inferior; peri-nephrite lipomatosa, franca-

mente esclerosa e pouco adherente á capsula renal; tecido renal cortical ainda muito espesso, uretheres permeaveis, grandes e esclerosados; bexiga pequena, ovoide, de typo transverso, não elastica e de paredes espessadas; esclerose vesical muito adeantada; aspecto areolar da face interna da bexiga, comparavel ao dos ventriculos do coração; disposição transversa geometrica e rigorosamente symetrica dos pilares vesicaes, limitando as areolas; immediatamente abaixo do trigono e confundindo-se em sua parte media com elle, a existencia de uma grande barra prostatica transversa, desenvolvida á custa das glandulas prostaticas antero-lateraes hypertrophiadas.

O aspecto do tecido prostatico neste nivel é absolutamente identico ao que se encontra na hypertrophia prostatica do typo adeno-fibroma.

Lateralmente, a barra prostatica é evidentemente formada pela hypertrophia das glandulas prostaticas pre-urethraes, constituindo o lobo anterior dos classicos; este tecido glandular continúa com a prostata postero-superior, lobo medio dos classicos, parte da prostata sub-jacente aos canaes ejaculadores, desenvolvida transversalmente.

Esta barra prostatica eleva-se, deixando em sua base uma fossa muito irregular, urethral e posterior, que chamaremos a fossa central, limitada lateralmente pelas partes ascendentes das prostatas antero-lateraes, apresentando no centro a cicatriz longitudinal e branca da urethrotomia membrano-transprostatica.

Nenhum vestigio de *verum-montanum* ou de orificios em seu nivel.

As vias genitaes não se abrem mais na urethra».

Ora, este doente tinha soffrido a 31 de Outubro uma prostatectomia perineal por arrancamento em pedaços, e apesar de ter ficado livre da retenção completa por algum tempo, experimentou entretanto, mezes após, difficuldade na micção, obrigando-o a recolher-se de novo ao hospital, onde lhe foi praticada a talha hypogastrica para a extracção de calculos vesicaes, vindo a fallecer pouco tempo após a intervenção.

A que devemos ligar as perturbações da micção, advindas neste doente senão á reproducção, se assim podemos chamar, do tecido prostatico?

Foi esta barra prostatica, deixada desde a primeira operação ou formada depois, que, substituindo a prostata hypertrophiada, vinha levantar a parte anterior do baixo-fundo vesical, produzindo as perturbações urinarias.

No *Musêo Civiale* ha uma peça de Hartmann, em que se encontra a mesma barra, embora menos pronunciada, no apparelho urinario de um prostatectomisado perineal por hemi-secção.

Entretanto, na prostatectomia perineal quasi nunca se tira toda a prostata; fica parte, que poderá mais tarde reproduzir as perturbações urinarias.

Küss diz ter feito toques rectaes em prostatectomisados perineaes, depois da cura completa, e ter encontrado modificações para o apparelho urinario.

Vejamos os resultados anatomicos da prostatectomia transvesical.

Pelas necropsias feitas em prostatectomisados transvesicalmente, tem-se visto que o espaço deixado pela prostata retirada toma a forma de duas conchas concavas para deante

e para dentro e separadas no meio por uma columna de tecido glandular, ligando o vertice do trigono vesical ao *verum-montanum*.

Em que se transforma esta grande cavidade deixada pela prostata retirada?

A primeira idéa de Freyer foi que esta grande cavidade desapparecia, por completo, logo após a operação, devido á expansão dos tecidos peri-prostaticos livres daquelle corpo resistente.

Comparava Freyer isto á contracção do utero depois do parto, mas estudos necropsicos posteriores, feitos em prostatectomisados, mortos por uma molestia intercurrente ou mesmo por complicações operatorias, vieram provar o contrario.

Como já dissemos, fica uma cavidade pequena separada da bexiga pela mucosa do baixo-fundo espessada, mas tendo relações intimas; sendo que alguns auctores dizem que se forma uma verdadeira bexiga bilocular, com uma parte grande, constituida pela bexiga, e uma pequena, inferior, afunilada, formada pela loja prostatica.

Mas esta cavidade é do mesmo tamanho que fica logo que se retira a prostata?

Não; ella diminue rapidamente, não tanto como asseverava Freyer, mas de alguns centimetros, como prova a necropsia feita por Boulouneix em um prostatectomisado de Hartmann.

Neste individuo, a prostata retirada media nove centimetros de largo, sobre seis e cincoenta de alto no nivel dos lobos e cincoenta e tres millimetros no isthmo; dois mezes

mais tarde, dando-se a morte, as medidas feitas na loja prostatica deram sete centimetros de largo sobre quatro centimetros de alto; logo, houve uma diminuição de dois centimetros.

Embora esta conclusão seja tirada sem fundamento, pois o necropsiado tinha apenas dois mezes de operado, no entretanto podemos dar como verdadeira, pois Thomson Walter mostrou na ultima reunião da *British Medical Association* uma peça de um prostatectomisado, sete mezes antes, em que existiam as cavidades concavas, como no caso precedente, porém lisas, já forradas pela mucosa.

A involução do tecido prostatico que fica é rapida, pois está provado que as prostatectomias totaes ou sub-totaes não o são histologicamente falando e que ainda fica uma camada de tecido glandular não adenomatoso, de maneira que, em vez de ser uma prostatectomia sub-capsular, é em geral sub-glandular.

Como explicar o facto de não se produzir a incontinencia nos prostatectomisados, se a urethra prostatica vae fazer parte da bexiga, desapparecendo deste modo o collo vesical?

Pelos estudos modernos está provado que o verdadeiro sphincter que contém a urina debaixo da vontade do individuo, é o da urethra membranosa, se bem que alguns contestem isso, como Albarran; e digam que a lesão do sphincter vesical traz sempre a incontinencia de urinas.

É por este motivo que, ficando o sphincter da urethra membranosa intacto na prostatectomia transvesical, não se encontram incontinencias de urinas nos operados por este processo, apesar de desapparecer o vesical.

Resta saber em que estado ficam os canaes ejaculadores e a urethra.

Esta, na prostatectomia total, é diminuida de toda a porção prostatica, e as duas extremidades restantes, sejam suturadas ou não, soldam-se da melhor maneira, conservando a permeabilidade do canal.

Na sub-total, é somente retirada uma pequena porção da parede anterior da urethra prostatica, que se refaz muito bem.

Quanto aos canaes ejaculadores, sendo poupados na occasião da prostatectomia, conservam a sua permeabilidade; sendo, porém, retirada uma parte, em geral se obliteram, não trazendo, entretanto, grande inconveniente ao operado, pela sua edade, quasi sempre avançada.

RESULTADOS CLINICO-THERAPEUTICOS

Do estudo feito dos resultados anatomicos podemos prevêr que os clinico-therapeuticos serão os melhores possiveis, pois vimos que todas as porções do apparelho urinario se refazem e ficam livres de qualquer embaraço.

Procuraremos, entretanto, mostrar o que na clinica se observa, estudando primeiramente os resultados immediatos ás prostatectomias e depois os tardios.

Resultados immediatos.—Para demonstrar a efficacia das prostatectomias totaes nos casos de hypertrophia da prostata, precisamos descrever, embora muito ligeiramente, os principaes symptomas desta molestia.

Quando a prostata começa a hypertrophiar-se, os primeiros symptomas que se manifestam são: a frequencia da micção, notada principalmente á noite, obrigando o doente

a levantar-se duas, quatro e mais vezes para satisfazer a sua necessidade, e a emissão lenta no principio e longa para terminar, sendo que as ultimas gottas de urina, em vez de serem lançadas ao longe pela contracção dos musculos do perinêo, caem nos pés do individuo.

Este é o periodo premonitorio de Guyon.

Nos periodos mais adeantados, vamos vêr a frequencia augmentar cada vez a mais, e, de nocturna que era, passar a ser tambem diurna.

O doente começa a apresentar a retenção incompleta, fica sempre um residuo de urina na bexiga por não ter esta força para expulsal-a.

Pouco a pouco a micção torna-se mais difficil, preludio forçado da retenção completa aguda.

Com a distensão permanente da bexiga, esta vae se alterando; a mucosa apresenta depressões e saliencias, formadas pelas fibras musculares da bexiga, que se reunem em columnas.

Deste modo, perde a bexiga a sua potencia expulsiva.

O doente apresenta ás vezes incontinencia de urinas, devida ou á repleção habitual da bexiga ou á constante abertura do collo pelo tumor.

Á incontinencia segue-se, em geral, uma congestão vasomotriz reflexa do rim, dahi uma polyuria, podendo attingir esta a 3000 grs. de urina por 24 horas.

Ainda no periodo de retenção incompleta, póde apresentar-se a hematuria, devida á congestão de todo o apparelho urinario.

Neste momento, ou por causa de catheterismos mal

dirigidos, ou devido a uma auto-infecção, apparece a cystite, podendo ascender a infecção aos rins, repercutindo sobre todo o organismo.

As urinas tornam-se sanguinolentas, escuras, podendo muitas vezes até ficar purulentas.

Estudados assim os symptomas principaes, vejamos quaes são os resultados immediatos das prostatectomias.

Comecemos pela maneira de se fazer a micção depois da prostatectomia.

Faz-se espontaneamente, desde a terceira semana, tanto num como no outro processo operatorio, sendo que se não se faz mais cedo, é porque não nos convém perturbar a cicatrização das fistulas, hypogastrica num e perineal no outro caso.

É verdade que a cicatrização destas fistulas se torna em alguns casos demorada, não resultando deste facto inconveniente algum para os operados.

As micções são, em geral, muito faceis, sem dôr; o jorro, que era sem força, a vae adquirindo pouco a pouco e torna-se grosso.

O numero de micções que era de 15, 20 e mesmo 50 por dia, passa a ser de 4, 5, até 8 no maximo.

Quanto á evacuação da bexiga, que a principio é incompleta, deixando residuo, podendo este chegar mesmo a 130 grs., vae pouco a pouco cedendo, até attingir ás condições de normalidade, como se verá nos resultados tardios.

As urinas, que em geral eram escuras, sanguinolentas e mesmo purulentas, tornam-se claras e não mais se observam hematurias.

Se existir febre, esta desapparece nos primeiros dias.

Os doentes, ao se levantarem do leito, em vez de magros e fracos, estão velhos fortes e rijos, com bom appetite, arrependidos de não se terem operado mais cedo.

Vejamos se estes resultados persistem e se accentuam ou se com o tempo voltam os soffrimentos de outr'ora.

RESULTADOS TARDIOS.—Estes variam nos dois processos; se não, vejamos:

Pelos resultados anatomicos, já por nós estudados, vemos que na prostatectomia perineal se forma uma barra de tecido prostatico que liga o trigono ao *verum-montanum* e que, com a continuação, vae trazendo perturbações para a micção; o que não se observa na transvesical.

Estudemos como se faz a cura dos diversos symptomas apresentados pelos prostaticos.

A micção se produz com a maior facilidade e o jorro é forte e grosso, a não ser nos individuos em que a contracção da bexiga, devido a alterações de sua musculatura, principalmente á arterio-esclerose, não póde mais voltar ao natural.

A frequencia volta ao normal, a não ser quando persista a cystite; no entretanto, tem se observado que nos prostatectomisados se mantem uma frequencia nocturna, obrigando-os a levantar-se duas ou tres vezes.

A capacidade vesical fica um pouco augmentada, principalmente nos doentes que tinham retenção incompleta, não trazendo, entretanto, este augmento prejuizo ao doente.

O resultado mais brilhante das prostatectomias, principalmente da transvesical, é o modo por que se faz a evacuação da bexiga.

Se os doentes, ao sahirem do leito, urinando por si mesmo, conservam um pequeno residuo de urina, depois de algum tempo, este vae completamente desapparecendo, chegando ao ponto da bexiga se esvasiar de todo ou deixar um residuo insignificante (15 grs. no maximo).

É verdade que em alguns operados por via perineal a evacuação incompleta da bexiga é persistente, o que raramente se observa na prostatectomia transvesical.

Este facto se explica pela persistencia do baixo-fundo da bexiga na perineal e pela contracção insufficiente do musculo vesical, inconveniente este que não se observa na transvesical, em virtude da forma bilocular que toma aquelle orgam.

As urinas conservam-se claras e não ha dôres durante a micção.

A erecção é conservada, nos doentes que ainda a tinham, no processo transvesical, como prova a nossa observação I, enfraquecida, porém, e mesmo anniquilada no perineal, ponto dos mais negros deste processo e que leva muitas vezes doentes á morte, só por não quererem sujeitar-se a uma operação que lhes apagará os ultimos lampejos de sua virilidade, pois a prostatectomia póde ser considerada como uma castração indirecta.

Se, no entanto, na transvesical a erecção é conservada, nem sempre o individuo poderá tirar della proveito, isto é, nem sempre a permeabilidade dos canaes ejaculadores persiste, impossibilitando deste modo a ejaculação.

Vemos, pois, que os resultados da prostatectomia transvesical são melhores, mais aperfeiçoados que os da perineal.

CAPITULO VI

Indicações e contra-indicações das prostatectomias

Nenhum assumpto tem sido tão discutido ultimamente quanto o das indicações das prostatectomias.

Muitos cirurgiões, ou porque não conheçam os processos de prostatectomia, ou porque tenham perdido a coragem de operar, devido aos insuccessos das suas primeiras intervenções, continuam a praticar as operações á distancia para atrophiarem a prostata, ou fazem ainda operações parciaes, alleatorias e incompletas, como sejam as prostatectomias parciaes, a incisão galvano-caustica da urethra prostatica, a creação do meato de Poncet, ou fazem o catheterismo urethral, como meios de tratamento dos prostaticos.

Procuremos provar as vantagens das prostatectomias totaes sobre todos estes meios.

Das primeiras operações nada diremos, mesmo porque, com os estudos modernos e com a concepção nova que temos sobre a hypertrophia da prostata, não podemos admittir a regressão de um verdadeiro tumor da prostata, embora benigno, por meio de uma vasectomia, de uma castração, de uma resecção dos canaes deferentes, etc., etc., que se alguma

influencia podem exercer, de certo não será sobre o tumor formado, sobre o adenoma prostatico e, sim, sobre o resto da glandula sã.

Quanto ás operações incompletas, como sejam as prostatectomias parciaes, o nome bem o indica, não dão resultado persistente; a operação de Bottini, ainda hoje acceita, sustentada e praticada por diversos cirurgiões, principalmente na Allemanha, depois que Freudenberg modificou a sua technica, não dá resultados satisfactorios, apesar de sua mortalidade ser de 7 % dos operados e a proporção dos doentes que ficam com residuos ser de 13 %, havendo pois 20 % de resultados negativos.

Quanto ás operações indirectas desviando o curso das urinas, como é a creação do meato de Poncet, tambem não dão resultado decisivo; é um processo que poderá servir de preliminar a uma prostatectomia total transvesical, nos casos de retenção aguda e em individuos muito infectados.

Ficaram de pé só duas especies de tratamento: o catheterismo urethral e as prostatectomias totaes.

O catheterismo urethral, o *catheter life* dos inglezes, é um meio ainda muito empregado hoje, defendido e sustentado por notabilidades cirurgicas, mas que, com os progressos das prostatectomias, vae cahindo pouco a pouco no esquecimento, embora tenha as suas indicações.

Quaes são ellas?

Para nós as unicas indicações do catheterismo são:

1.° o receio que possa ter o doente de sujeitar-se a uma operação tão grande;

2.° o medo que deve ter o cirurgião de acabar com o

resto de uma virilidade, em caminho do desapparecimento, de um velho que ainda está forte, apesar deste receio ir já se dissipando, pois com as prostatectomias transvesicaes raras vezes isto acontece;

3.° a falta de recursos de um cirurgião para praticar uma prostatectomia.

Analysando estas indicações, vemos que nenhuma tem base scientifica; logo, nenhuma deve ser levada em conta.

Muitos cirurgiões continuam a praticar o catheterismo no primeiro periodo clinico da hypertrophia da prostata, isto é, quando os unicos symptomas apresentados pelo doente são: a pollakiuria nocturna e a dysuria.

Mas, neste periodo, raros são os doentes que procuram o cirurgião para consultar, e quando procuram e obedecem ás suas prescripções assim que melhoram, abandonam todo o tratamento, vindo em breve a soffrer de novo as consequencias da hypertrophia da prostata, embora o cirurgião os tenha disso avisado.

Depois, sabemos que perigo corre um individuo, principalmente na classe inculta, onde não ha a minima noção do que seja uma infecção, o qual leva a vida a sondar-se.

Além do perigo da infecção da bexiga e dahi tornar-se esta ascendente, apparecendo pyelo-nephrites com toda a sua repercussão sobre o organismo, temos outras objecções mais serias ao catheterismo repetido.

1.° Muitas vezes, o doente que costuma sondar-se diariamente, não consegue fazel-o, e, persistindo em querer passar a sonda, occasiona hemorrhagias, caminhos falsos, e, quando o consegue, é com as maiores difficuldades.

A causa desta difficuldade e mesmo da impossibilidade é a congestão da glandula, facto muito commum nos prostaticos.

2.° Em outros casos, o catheterismo, apesar de sua pratica regular e facil, não chega a proteger o doente da cachexia urinaria progressiva.

A paresia da bexiga que segue a retenção chronica, predispõe á cystite, geralmente provocada pelo catheterismo, praticado sem as convenientes regras de asepsia.

É á permanencia da cystite que se devem as alterações profundas da musculatura vesical e a repercussão deste estado sobre o apparelho urinario superior.

Nestas condições, só uma intervenção radical poderá ser proposta, mas já com probabilidades de não dar resultado.

3.° O catheterismo só pode ser convenientemente praticado em doentes ricos e não em pobres que, pelas circumstancias sociaes, não podem receber os cuidados assiduos e delicados que a situação exige.

Nos outros periodos de hypertrophia da prostata, quando a retenção chronica, completa ou incompleta, já está estabelecida, a maior parte dos cirurgiões modernos aconselham as prostatectomias, salvo contra-indicações, abandonando completamente todos os outros processos.

Ultimamente, e não sabemos se hoje ainda pensa deste modo, o Dr. Escat, de Marselha, apresentou na *Sexta Sessão da Associação Franceza de Urologia* um trabalho aconselhando a pratica das prostatectomias em casos restrictos.

Elle divide os prostaticos em duas categorias: uma, dos que vêm procurar os cuidados do cirurgião no começo apre-

ciavel da sua retenção, e outra, dos que já tiveram diversas retenções agudas e que são doentes chronicos.

Nos primeiros, qualquer que seja o seu estado e em quaesquer condições, elle usa do catheterismo com segurança.

A sua confiança vae a ponto de dizer que o catheterismo methodico e regular cura radicalmente os prostaticos até os muito velhos e tendo prostatas volumosas.

Diz elle que a questão é a maneira de applical-o e a persistencia, sendo precisos muitas vezes dois, tres e mesmo seis mezes para as micções se restabelecerem.

Nos doentes que chegam ás suas mãos já inficionados, já com retenção chronica, emfim doentes antigos, elle experimenta primeiramente o catheterismo, e, se depois de certo tempo o doente não apresentar melhoras, propõe uma prostatectomia.

Ora, analysando as opiniões do Dr. Escat, vemos que procedia assim por não conhecer naquelle tempo os resultados brilhantes das prostatectomias, principalmente da transvesical.

As razões que dava para não praticar a operação eram:

1.° porque, sempre que for possivel, deve se evitar uma operação sangrenta;

2.° porque as prostatectomias acabam por uma vez com o restinho de virilidade que existir;

3.° porque, em muitos prostatectomisados, se conserva um residuo urinario de 30, 40 e mesmo de 60 grammas, necessitando o catheterismo assiduo, que irá facilmente servir de meio de contaminação da bexiga, dahi subindo a infecção aos rins.

Quanto ao primeiro motivo, achamos que seria justo, se o catheterismo curasse radicalmente e não fosse a sonda uma arma tão perigosa.

Quanto ao segundo, sabe-se que ainda existe este ponto negro nas prostatectomias, principalmente na perineal; mas esperamos que, com os progressos da cirurgia, isto desappareça.

Depois, o que é preferivel? um resto de virilidade, precisando ás vezes de excitantes medicamentosos e que não durará muito, ou o allivio do martyrio até á morte?

Quanto ao terceiro motivo, replicaremos que só nos mal operados ou logo após as operações isso se dá, pois em poucos mezes o residuo desapparecerá, a não ser quando a bexiga está doente, quando ha esclerose vesical e consequente inercia.

Pensamos que o Dr. Escat terá hoje mudado de opinião e, em vez de praticar as prostatectomias em casos muito restrictos, só usará de catheterismo urethral, o *catheter life* dos inglezes, quando absolutamente não puder praticar uma prostatectomia, ou por contra-indicações operatorias, ou por não querer o doente sujeitar-se á operação.

Excluidos assim todos os tratamentos da hypertrophia da prostata, vejamos quando e em que periodo devemos praticar uma prostatectomia total e, depois, por que methodo devemos operar.

Estudaremos as indicações em cada um dos periodos clinicos da hypertrophia da prostata.

No primeiro, quando os unicos symptomas apresentados pelo doente são a frequencia da micção e, ao mesmo tempo,

a difficuldade em começal-a, deve-se praticar uma prostatectomia?

Responderemos: conforme.

Se o doente fôr ainda joven, relativamente, e se não quizer sujeitar-se a uma operação, tendo meios de praticar o catheterismo aseptico e obedecendo a uma hygiene especial, não erramos deixando de praticar uma prostatectomia total.

Não que o catheterismo possa curar-lhe a hypertrophia da prostata, nem minorar-lhe a difficuldade em iniciar a micção, pois aquella depende do desvio do collo da bexiga para onde convergem todas as fibras longitudinaes do musculo vesical, desapparecendo desta maneira o equilibrio pelo qual, quando o musculo vesical se contrae, o sphincter dilata-se, pelo que, quanto mais força faz o individuo para urinar, mais augmenta a difficuldade.

Raciocinando, veremos que uma operação radical, tirando este tumor, iria repôr o collo em sua posição normal, desenvaginando-o da cavidade vesical, e curar o doente; logo, a prostatectomia total será muito bem indicada neste caso.

Mas, antes de propôl-a ao doente, devemos explicar-lhe, se ainda é um velho *joven*, que poderá ou não perder toda a sua virilidade.

Em geral, este motivo e ainda mais o receio de sujeitar-se a uma operação são bastantes para fazel-o preferir o catheterismo.

Porém, embora se tenham visto doentes com estes symptomas e tratados deste modo durar muitos annos sem a hypertrophia augmentar, em geral a molestia progride e em dada occasião, depois de um excesso de meza, de copula, ou depois de um resfriamento, apparece a retenção aguda, que

põe o doente em serios apuros, não fallando do perigo imminente a que está sujeito o doente que vive a sondar-se, do qual já muito nos occupamos.

Nas classes pobres, raros são os doentes que vêm consultar o cirurgião por estes symptomas tão simples; vão deixando passar, até que uma vez procurando urinar não conseguem, ficando em crise de retenção aguda.

No 2.° periodo da molestia, temos a distinguir 3 casos:

1.° retenção aguda;

2.° retenção chronica incompleta;

3.° retenção chronica completa.

1.° No periodo de retenção aguda devemos operar o doente?

Respondemos categoricamente: não.

Porque ninguem duvida que esta retenção seja devida a uma congestão, que, augmentando o volume da glandula, faz com que a urina não possa passar pela urethra, obstruida pelo tumor.

Operar nestas condições seria correr o risco de uma hemorrhagia inevitavel, que nem só iria difficultar a operação, como tambem poderia ter consequencia funesta.

A conducta a seguir é procurar fazer o catheterismo, deixar a sonda de permanencia, e, caso não possa passal-a, fazer uma cystotomia, afim de, desapparecendo a congestão, poder se operar o doente a frio.

No 2.° caso, quando o doente soffrer de uma retenção incompleta, a prostatectomia deve ser indicada, uma vez que pelo exame se verificar ser ella devida á hypertrophia da prostata.

De facto, ha muitos doentes que, estando em retenção

incompleta, não têm prostata grande; é a sua musculatura vesical que está doente; a bexiga não expulsa toda a urina, fica sempre um residuo, constante ameaça á vida do doente em virtude da facil infecção da bexiga e da propagação ao apparelho urinario superior.

Portanto, ahi precisamos ser muito prudentes, para não garantirmos um resultado e este falhar; procuraremos vêr o estado da bexiga; se está distendida e se ha na verdade prostata hypertrophiada.

Se houver, não devemos vacillar; tiremos o empecilio e veremos, se não logo, pelo menos mezes após, a micção ser perfeita, sem residuo algum.

Mesmo no caso da prostata ser ainda pequena, que a retenção seja mais devida á falta de tonus muscular da bexiga, devemos praticar a prostatectomia, pois se, sem essa glandula pouco hypertrophiada, o individuo não urinar, peior seria com ella.

No caso da retenção ser completa, então não devemos pensar senão em uma operação radical, salvo contra-indicações.

As complicações mais communs na hypertrophia da prostata, como sejam: calculos, hematurias, difficuldade no catheterismo, quando foi este o tratamento preferido, as dôres, as cystites, devem servir de motivo para apressarmos a intervenção.

Demais, sabemos como é facil a transformação de um adenoma da prostata em tumor maligno, facto este que nos faz apressar a operação.

Hoje, o enthusiasmo por esta operação chega ao ponto

de alguns cirurgiões propôrem a prostatectomia precoce, prophylatica.

Pensamos differente, levando em conta a difficuldade operatoria que existe, quando a glandula ainda não está hypertrophiada, devido á inexistencia de um bom plano de separação, e tambem ao receio de destruir a virilidade ou, pelo menos, enfraquecel-a, quando o individuo poderia conserval-a por muito tempo.

Demais, não é a maior parte dos velhos que vêm a soffrer da hypertrophia da prostata; pelo contrario, principalmente aqui na Bahia, os casos são raros; portanto, sujeitar um homem a uma operação grande, para prevenir perturbações que não virão com certeza, não é criterio scientifico.

Além destas indicações geraes, temos outras especiaes a cada um dos processos de prostatectomia.

Pensa-se em geral que não é indifferente, em um caso dado, praticar um ou outro processo operatorio, variando isto em relação ao doente e á prostata.

Quando devemos praticar o processo transvesical?

Se fôrmos olhar para o doente, a indicação é tirada do seu estado.

Assim, em um doente em crise de retenção aguda, no qual não podemos passar uma sonda para evacuar a bexiga e livral-o dos soffrimentos terriveis que aquella produz, devemos praticar a prostatectomia por via transvesical, mas não em um só tempo e sim em dois; só sendo feito este segundo, quando os phenomenos congestivos tiverem cedido.

Nos infectados, com febre, perturbações gastro-intestinaes, lingua saburrosa, attingidos de uma retenção chronica

completa, tambem devemos tentar fazer esta operação em dois tempos, desde que a sonda não possa alliviar o doente, por impossibilidade do catheterismo.

O Dr. Wiener diz ter empregado este processo em dois tempos, com resultado magnifico, nos diabeticos.

Nos individuos gordos e mesmo obesos, onde ha difficuldade em chegar-se pelo perinêo á prostata; e tambem nos qué têm bacia longa, afunilada, nos quaes os ischions são muito approximados, pela difficuldade em se trabalhar, devemos praticar o processo transvesical.

Em relação á fórma da hypertrophia, as indicações são as seguintes:

a) quando, pelo toque rectal, não encontrarmos grande proeminencia para o recto;

b) quando, pelo exame cystoscopico, descobrirmos um lobo medio desenvolvido para dentro da bexiga, formando algumas vezes uma verdadeira valvula;

c) quando a prostata é volumosa, francamente fibromatosa;

d) quando se tem suspeita de já haver começo de degeneração cancerosa;

e) quando ha calculos vesicaes.

As prostatectomias perineaes ficam como methodo de escolha nos casos seguintes:

a) quando os doentes, cacheticos, trazem a bexiga muito inficionada e precisando por isso de bôa drenagem;

b) quando apresentam prostatas pequenas, duras, adherentes, devido a crises de prostatites mais ou menos intensas e repetidas, a abcessos, etc.

Quanto ao processo mixto de Cathelin, julgamos que não

ha indicações especiaes, e mesmo não tem sido muito empregado, pois poucas vantagens apresenta sobre o transvesical.

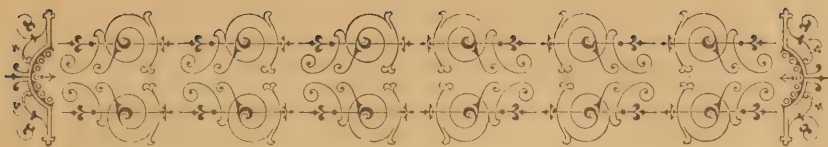
Conhecidas assim as indicações geraes e especiaes das prostatectomias, vejamos quaes são as suas contra-indicações.

Não sabemos se erramos, dizendo não haver contra-indicação a esta operação, pois nos casos em que dizem todos ser ella contra-indicada, o doente vem forçosamente a fallecer, e quem sabe se a operação executada rapidamente e com anesthesia pela rachistovainisação, suprimindo deste modo o choque da chloroformisação, não seria coroada de bom exito?

Emfim, a não ser em casos de insufficiencia renal, onde pelo exame das urinas vamos encontrar albumina, cylindros, signaes de que os rins estão seriamente compromettidos, devemos tentar a prostatectomia.

Apresentam tambem como contra-indicações: a edade avançada, a fraqueza geral dos doentes, dizendo que não se deve propôr uma operação tão grande a um doente que poucos annos mais terá de vida.

Entretanto, pensamos que, despresando o rigorismo desta sentença, possa a prostatectomia transvesical, convenientemente praticada, livrando o doente do martyrio da retenção e do perigo da infecção dos rins, prolongar por muito mais tempo a vida dos velhos urinarios prostaticos.

Para alguns, é tambem contra-indicação a atonia pronunciada da bexiga; mas, como já dissemos acima, estando a prostata hypertrophiada, deve-se extrahil-a pela prostatectomia, pois se o individuo não puder restabelecer as suas micções, por completo, depois da operação, pelo menos a difficuldade diminuirá muito.

CAPITULO VII

Vantagens e inconvenientes de cada processo --Estudo estatico — Conclusões

Cada um dos processos de prostatectomia tem, relativamente aos outros, vantagens e inconvenientes, que podem ser estudados em relação á operação, ás complicações e aos resultados operatorios.

Estudemos primeiramente as vantagens e os inconvenientes da perineal.

Em relação á operação, terá por acaso este processo grandes vantagens? Não.

A unica é a drenagem; esta, devido á maneira por que se faz, dá uma grande superioridade a este methodo nos individuos enfraquecidos e de bexiga muito infectada, porque a urina quasi que ahi não se demora, vae saindo dos uretheres e correndo logo pelo declive natural para o dreno perineal.

Não ha accumulo, nem mesmo estagnação no baixo-fundo, nem na cavidade que fica da retirada da prostata, de modo que esta excellente drenagem evita a infecção dos tecidos de derredor e por, consequencia, os phleugmões uro-purulentos.

Alguns dão como vantagem o factò de operar-se ás descobertas, por se vêr, depois de afastados os retalhos, a face posterior da loja prostatica; isto, porém, em nada adeanta, pois o descollamento da prostata é feito ás cegas, como no processo transvesical.

Vejamos agora os seus inconvenientes:

1.º A operação é difficil, pois os planos que temos a atravessar são multiplos.

2.º Os orgãos existentes no campo operatorio são diversos e o cirurgião, não experimentado, com a maior facilidade os lesa.

Assim, não ha nada mais commum em uma prostatectomia, principalmente nas primeiras operações de um cirurgião, do que a secção do recto no momento de dar o golpe que destruirá a chave do espaço descollavel — o musculo recto-urethral.

Este accidente não é sem gravidade, pois formam-se facilmente fistulas rectaes ou urethro-rectaes, que necessitarão, para curar, de uma operação plastica.

Tambem o bulbo da urethra tem sido lesado, dando-se hemorrhagias terriveis, que outr'ora levavam os doentes á morte.

Hoje, com a antisepsia e asepsia e graças aos meios de hemostasia, este accidente não tem a gravidade que tinha.

3.º A retirada do lobo medio torna-se ás vezes difficilima, senão impossivel, por este processo.

É preciso fazer-se uma grande incisão na urethra, introduzir o dedo pelo sphincter vesical, fazer grandes manobras para conseguir retiral-o.

4.° Do mesmo modo, os calculos vesicaes nem sempre são sentidos e com grande difficuldade retirados.

5.° Quando houve prostatites, abcessos, etc., é muito difficil encontrar-se o espaço descollavel, pois a capsula está unida ao recto por adherencias inflammatorias, de modo que constitue mais um inconveniente para este methodo operatorio.

6.° Outras vezes, embora empreguemos os melhores abaixadores e afastadores, não conseguimos trazer a prostata ao campo operatorio, sendo que este facto, em um obeso ou em um individuo que tenha os ischions muito approximados e a bacia afunilada, ainda torna a enucleação da glandula mais difficil ou mesmo impossivel.

7.° A convalescença é longa e obriga os velhos prostaticos, nos quaes a circulação é muito diminuida, a ficarem semanas deitados, facilitando deste modo as congestões passivas dos pulmões.

Depois, é preciso uma longa serie de catheterismos para modelar a urethra.

8.° Emfim, é preciso que o cirurgião possua um grande arsenal cirurgico para poder executar com facilidade esta operação.

Em relação ás complicações, este methodo é cheio de desvantagens, pois aquellas são muito communs.

Em primeiro logar, temos as fistulas rectaes, pelas quaes nem sempre o cirurgião póde ser criminado, pois muitas vezes são tardias e devidas ao esphacelo da parede rectal pelo contacto prolongado do dreno; depois, as fistulas uro-perineaes, muito frequentes, e que para curar dão muito

trabalho, necessitando ás vezes nova intervenção; a incontinencia de urinas, que tem sido observada nos doentes operados por este methodo, trazendo-os em constante incommodo; desvios da urethra e mesmo bridas, formando ás vezes verdadeiros estreitamentos, frequentemente observados e obrigando o doente a sujeitar-se á nova operação.

Quanto a resultados operatorios, tambem não apresenta grandes vantagens, porque nem sempre se póde extrahir toda a glandula, e dahi o motivo de perdurarem e mesmo se reproduzirem por completo todas as perturbações anteriores á operação, dando-se isto principalmente nos casos em que a glandula é extrahida por despedaçamento.

Além disso, a potencia genital é completamente anniquilada e, no melhor resultado, muito enfraquecida, grande inconveniente, principalmente nos velhos que fazem geralmente questão deste resto de virilidade para poderem gosar as venturas do reino de Venus.

Entretanto, o resultado da prostatectomia perineal nos infectados tem sido o melhor possivel, graças á sua esplendida drenagem.

De tudo isto vemos que os inconvenientes deste processo são multiplos, ao passo que as vantagens vêm recahir simplesmente na drenagem perineal, que póde ser obtida do mesmo modo no processo de Freyer, modificado por Pardöe e Israël.

Vejamos agora quaes são as vantagens e os inconvenientes do processo transvesical.

Este, por ser mais novo, não deixa de ser superior ao perineal, pois apesar de sua mortalidade ser um pouco

superior, como veremos nas estatisticas, quando não mata, cura melhor.

Da mesma maneira por que fizemos na perineal, estudaremos as vantagens e os inconvenientes em relação á operação, ás complicações e aos resultados operatorios.

Em relação á operação, os inconvenientes da perineal são equivalentes a vantagens na transvesical, sendo a operação muito mais facil e mais rapida.

Assim, os planos a atravessar são poucos e muito conhecidos de todo cirurgião.

Não ha orgam algum que possa ser lesado, a não ser o peritoneo, mas que facilmente é levantado e evitado, excepto em casos de adherencias em individuos que já tenham soffrido a talha hypogastrica.

Abrindo-se a bexiga largamente, vamos vêr um lobo medio desenvolvido para dentro della e facilmente seccional-o.

Examinamos *de visu* toda a mucosa vesical e retiramos os calculos e mesmo as concreções que nella se estiverem formando.

O descollamento da glandula é facil e póde ser executado em 3 a 5 minutos no maximo, sendo a glandula extrahida em uma só porção ou em duas e, raras vezes, por despedaçamento, como geralmente sóe acontecer no processo perineal.

A convalescença não é tão longa como na perineal; com quatro dias o doente póde sentar-se na cama e com quinze, ou antes, andar, evitando deste modo o decubito dorsal que traz consequencias graves para o lado do pulmão, principalmente nos velhos.

Emfim, o instrumental cifra-se em cannivete, tezouras,

pinças, agulhas e afastadores, sendo este o unico ferro especial, mas não indispensavel.

Mas as vantagens da perineal serão inconvenientes da transvesical?

Não; pois, se alguns affirmam que a drenagem na transvesical é insufficiente, pensamos que com alguns cuidados consecutivos e com o tubo-syphão e a sonda de permanencia n. 22, conseguimos drenar perfeitamente a bexiga.

É verdade que não podemos comparar esta drenagem com a da perineal, que é feita naturalmente, como já dissemos; mas não é motivo para desprezarmos este methodo.

Em relação ás complicações tambem poucos inconvenientes tem e muitas vantagens apresenta.

Assim, as fistulas rectaes, uro-perineaes, desvios da urethra e os estreitamentos nunca são observados nos operados por este processo; pelo contrario, vemos que facilmente a urethra prostatica se refaz perfeitamente.

A incontinencia tem sido observada, mas muito mais raramente do que na perineal.

Apontam-se, em geral, como inconvenientes a hemorrhagia e a infecção dos tecidos de derredor, formando o phleugmão uro-purulento.

Na verdade, no principio observavam-se muito commummente estas complicações; hoje, porém, com os progressos da cirurgia, vão rareando.

A hemorrhagia é evitada, quando se penetra em um bom plano de separação e, quando isto não se dá, possuimos meios de fazel-a cessar.

Assim aberta a bexiga, depois de tirar a prostata, devemos verificar o interior daquella e, se ha hemorrhagia, podemos tamponar a cavidade deixada com gaze iodoformada, podendo esta ficar dois dias, ou então, se fôr um vaso unico, tocar com o thermo-cauterio para fazer a hemostasia.

Ora, esta hemorrhagia tambem póde ser observada no processo perineal; logo, não é inconveniente do transvesical sómente.

O phleugmão uro-purulento, outr'ora tão frequente, hoje vae sendo custoso de produzir-se, graças á technica de suspender as paredes da bexiga aos musculos rectos e tambem aos cuidados para que a drenagem seja a mais perfeita possivel.

Resta-nos analysar as vantagens e os inconvenientes relativos aos resultados operatorios.

É ahi que a transvesical leva a palma á perineal, pois elles são os mais brilhantes possiveis.

Como vimos no capitulo dos resultados operatorios, os doentes operados por este processo executam a sua micção com a maior regularidade e facilidade; é difficil ficarem ainda com retenção incompleta, a não ser quando esta é devida á atonia vesical.

Depois, o grande inconveniente da perineal, a anniquilação da potencia genital, raras vezes é observada; pelo contrario, alguns individuos chegam ao ponto de realisar, por completo, o acto da copula, isto é, chegam a ter ejaculações, explicando-se isto pela conservação da permeabilidade dos canaes ejaculadores.

Como bem diziamos no principio, as vantagens deste processo anniquilam os inconvenientes.

Quanto ao processo mixto de Cathelin, temos a dizer que apresenta as vantagens de bôa drenagem, de resultados bons, etc., mas é muito mais complicado no processo operatorio e deve exigir mais tempo para ser executado, trazendo isto grande inconveniente para um doente velho e geralmente infectado.

Depois, é de regra em cirurgia executar, das operações possiveis para um caso, a que melhor resultado der e mais simples fôr; logo, a transvesical está em melhores condições que o processo mixto de Cathelin.

ESTUDO ESTATISTICO

Procuremos provar, por meio das estatisticas dos casos já publicados e por nós conhecidos, que podemos asseverar fazer-se a cura radical da hypertrophia da prostata.

Veremos tambem que a porcentagem de mortalidade é a menor possivel, attendendo principalmente á edade e ao estado de depauperamento organico e de infecção, em que geralmente se encontram os operandos.

Damos como cura radical sómente os casos em que os operados foram vistos, mezes após, completamente curados, sem existencia de nenhuma complicação, podendo, no entretanto, ser incluidos neste numero alguns doentes que apresentam fistulas ou residuos de urina, por desapparecerem estas complicações depois de algum tempo.

Comecemos com os casos operados por via perineal, pela qual quem mais operou foi o Professor Albarran.

Publicou este illustre Professor, um dos mais adeptos

e maior propagandista deste processo, a sua primeira estatistica em 1904.

Até esta data, elle tinha praticado 57 prostatectomias perineaes, com 2 mortes apenas; logo, com uma porcentagem de 3,5 % de mortalidade.

Eis o seu quadro indicando a maneira por que se fizeram as curas.

Operados	57
Curados completamente	40
Com residuo.	10
Com fistula perineal	8
Com fistula recto-urethral	2
Com estreitamento	1
Com incontinencia	5

Em 1905, publicou nova estatistica de 73 casos com tres mortes; logo, 4,1 % de mortalidade.

Young tinha a seguinte estatistica em 1904:

Operados	50
Mortos	2
Curados.	48
Mortalidade	4 %

Em 1905, já tinha augmentado muito a sua estatistica, pois apresentava 75 operados com duas mortes apenas, logo com 2,66 % de mortalidade, estatistica divina.

Zuckerkandl apresentou a seguinte estatistica:

Operados	30
Mortos	4
Curas radicaes	21
Com fistula perineal	2

Com fistula urethro-rectal	3
Mortalidade	13 %

Legueu, em 1904, apresentava:

Operados	21
Mortos	2
Curados.	19
Mortalidade	9,52 %

Em 1905, esta porcentagem tinha baixado a 8,88 %, pois tinha 45 operados com quatro mortes.

Rafin, em 1904, apresentava:

Operados	24
Mortos	2
Curas radicaes	6
Com residuo.	11
Com fistula perineal	1
Com fistula recto-urethral	1
Com incontinencia	2
Mortalidade	8 %

Vemos nesta estatistica quasi que 50 % com residuo; pensamos, porém, ser isto devido á prematuridade da estatistica, pois com mais alguns mezes os residuos poderiam desapparecer.

Em 1905, a sua porcentagem baixou a 6,25 %.

Heresco publicou 20 casos com tres mortes; logo, 15 % de mortalidade.

Eis a maneira por que se fizeram as curas:

Operados	20
Curados radicalmente	9
Com residuo	3

Com fistula perineal	2
Com fistula recto-urethral	1
Com incontinencia	1

Pouchet tem 21 casos publicados com duas mortes. Eis a sua estatistica:

Operados	21
Mortos	2
Curados completamente	12
Com residuo	6
Com fistula	1
Mortalidade	9,5 %

Castano apresentou 39 casos com seis mortes; logo, com 15 % de mortalidade, porém eram casos *in extremis*, e 4 morreram, algumas semanas após, de complicações não dependentes da operação.

A sua estatistica era a seguinte:

Operados	39
Mortos	6
Curados radicalmente	26
Com residuo	5
Com impotencia vesical	1
Com incontinencia	1
Mortalidade	15 %

Loumeau tem 8 casos operados com uma morte.

Operados	8
Mortos	1
Curados radicalmente	3
Com fistula urethro-rectal	2
Com incontinencia	1

Com residuo 1
Mortalidade . . . . 12,5 %

De Cathelin só conhecemos duas observações e em ambas a cura foi radical.

De Gosset e Proust e Guisy tambem 3 operados e curados radicalmente.

De Reynès 3 operados com uma cura radical, uma morte e um que ficou com fistula.

Estudando estas estatisticas em relação á mortalidade, vemos que a porcentagem maior é de 15 % e a menor de 2,66 %, podendo-se dar como media 3 a 5 %; logo, esta operação está collocada na classe das benignas, principalmente procurando-se levar em conta o estado de enfraquecimento em que são operados os doentes, não só pela edade, como pela infecção urinaria em que se acham.

Se agora examinarmos a porcentagem de curas radicaes, veremos que é a seguinte: de 25 a 80 %, tendo a media de 60 a 70 %.

Se augmentarmos o numero de operados que apresentam fistulas e residuos, veremos crescer a mesma porcentagem.

Vejamos agora a estatistica das prostatectomias transvesicaes.

É de admirar o numero de prostatectomias transvesicaes praticadas por Freyer em casos de hypertrophia da prostata, principalmente para nós que rarissimos casos observamos durante os quatro annos que passamos no Hospital Santa Izabel como interno.

Durante este espaço de tempo, registramos na clinica 8 casos de hypertrophia prostatica, e na longa e numerosa

clinica civil de nosso illustre chefe, Professor Pacheco Mendes, apenas observou este 5 casos, não nos sendo possivel achar explicação para esse facto.

Freyer, até 1903, tinha 73 prostaticos operados pelo seu processo.

Eis como se fizeram as curas:

Operados	73
Mortos	8
Curados radicalmente	62
Com incontinencia	2
Com residuo	1
Mortalidade	10,95 %

Em 1904, a porcentagem de mortalidade desceu a 9,3 %, pois apresentou 107 casos com dez mortes.

Em 1905, já era melhor a estatistica:

Operados	205
Mortos	15
Mortalidade	7,35 %

Em 1906, era a seguinte:

Operados	312
Mortos	22
Curados radicalmente	290
Mortalidade	7 %

Em 1907, publicou no *British Medical Journal* um artigo intitulado: «*Series consecutivas de casos de enucleação total etc..., golpe de vista retrospectivo sobre 432 operações*».

Destas 432 operações tira-se uma media para mortalidade, na proporção de 6,5 a 7 % e para cura radical a de 80 a 90 %.

A estatistica de Hartmann é a seguinte:

Operados	12
Mortos	4
Curados completamente	6
Com residuo	2
Mortalidade	33 %

Barling apresenta a estatistica de 10 casos. Eil-a:

Operados	10
Mortos	3
Curas completas	6
Com incontinencia	1
Mortalidade	30 %

Jackson, Thorvly, Stocker, Loumeau, Cathelin e Bazy apresentam duas operações, cada um, com duas curas.

Elsworth, Forster, Wallack e Kallionzis, cada um tem um caso com cura.

O. Zuckerkandl conta em sua pratica 30 prostatectomias com 7 mortes ou 23 % de mortalidade, sendo que as curas foram radicaes e a erecção conservada.

Castano (de Buenos-Ayres) tem a seguinte estatistica:

Operados	16
Mortos	1
Curados radicalmente	13
Com residuo	2
Mortalidade	6,2 %

Dr. José de Mendonça tem, de 1904 até 1907, 8 operados com uma morte; logo 12,5 % de mortalidade, sendo que um doente ficou estreitado e necessitou nova operação posterior.

Nosso mestre, Dr. Pacheco Mendes, tem 2 operações com uma morte.

Dr. Crissiuma tem um operado e curado.

Passando uma vista geral sobre a estatistica de cada um dos operadores citados, vemos o seguinte: a porcentagem de mortalidade varia de 6,5 a 33 %, podendo-se dar entretanto, como media 7 a 8 %, pois estas porcentagens altas correspondem a operadores que têm um numero pequeno de casos, não se podendo tirar dahi conclusão alguma, porque com a pratica que se adquire operando, a porcentagem desce muito.

Depois, muitas das mortes não podem ser imputadas á operação em si, pois são em geral individuos cardiacos ou renaes adentados, que teriam de fallecer inevitavelmente.

Para a cura radical achamos a seguinte porcentagem: de 50 a 90 % ou a media geral de 80 a 90 %.

Donde concluimos que, se a porcentagem de mortalidade do processo transvesical é um pouquinho maior que a da perineal, a de cura radical é muito maior, e as curas incompletas quasi que descem a 2 %.

CONCLUSÕES

Do quanto dissemos, se conclue o seguinte:

1.° Que se pode fazer a cura radical da hypertrophia da prostata.

2.° Que esta cura pode ser executada por 3 processos differentes, a saber: pela prostatectomia total por via perineal, por via transvesical e por via mixta.

3.° Que dos 3 processos se deve preferir o transvesical, pelos seguintes motivos:

a) porque é um processo mais simples, mais facil e mais rapido que qualquer dos outros;

b) porque, pelos resultados anatomicos e clinico-therapeuticos, se vê que as perturbações desapparecem e que o apparelho urinario regularisa as suas funcções admiravelmente;

c) porque pode ser indicado e executado com simplicidade e facilidade na maioria dos casos;

d) porque as diversas complicações post-operatorias rarissimas vezes são observadas;

e) porque, finalmente, não acaba com a potencia genital dos doentes que ainda a tinham.

4.° Que a prostatectomia deve ser executada assim que haja indicação, pois o adiamento poderá trazer a transformação do tumor benigno em maligno, sendo neste caso cura muito duvidosa.

OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÃO I

A. dos S. M., solteiro, com 64 annos de edade, preto, pedreiro, natural da Bahia, residente na Gamelleira, entrou para a Enfermaria *S. José* no Hospital *Santa Izabel* em 30 de Abril de 1907.

O doente recolheu-se ao Hospital por estar com retenção completa de urinas.

É um velho forte, gordo e de alta estatura, apresentando, entretanto, face de soffrimento.

Interrogado a respeito dos antecedentes pessoaes, disse-nos que nada tinha tido para o lado do apparelho urinario, a não ser, ha oito mezes passados, uma retenção de urinas que cedeu a um remedio de uso interno, dado por um clinico desta capital.

Nunca teve blennorrhagia.

O doente disse ter tido difficuldades na micção e pollakiuria nocturna e que, na manhã do dia 29 de Abril, ao accordar quiz satisfazer a sua vontade e não conseguiu, apesar dos maiores esforços empregados para esse fim.

Já alguem tinha tentado fazer-lhe o catheterismo, porém sem resultado.

Com o auxilio de uma sonda *béquille* conseguimos allivial-o da retenção, sahindo perto de dois litros de urina escura, turva e com cheiro ammonical.

Não foi sem difficuldade que conseguimos fazer penetrar a sonda na bexiga; por occasião de atravessar esta a porção prostatica da urethra, notamos que se desviou para cima e para a direita, sendo preciso introduzir toda a sonda para que pudesse sahir a urina.

Para evitar uma hemorrhagia *ex-vacuo*, não deixamos sahir toda a urina de uma vez e, sim, fomos retirando uma certa quantidade e injectando um pouco de solução de acido borico a 4 %, tornando a retirar mais um pouco até esvasiarmos completamente.

Retiramos a sonda para que á tardinha fosse de novo feito o catheterismo pelo enfermeiro.

Fizemos immediatamente o toque rectal e por meio deste sentimos uma prostata volumosa, de consistencia elastica, e fazendo saliencia para o recto.

Receitamos banhos quentes de assento e suppositorios de belladona, a vêr se a congestão diminuia.

No outro dia, informou-nos o enfermeiro não ter conseguido fazer o catheterismo.

Então, armamos em um *mandrin* prostatico de Guyon uma sonda molle n. 18, e procuramos fazer o catheterismo, conseguindo; a urina, porém, não sahiu por ella, sendo isto devido, a nosso vêr, á luz da sonda ter ficado destruida pela compressão produzida pelos lobos prostaticos hypertrophiados.

Retiramol-a, fizemos lavagens na urethra com solução borica a 4 %, introduzimos uma vela conductora do urethrotomo de Maisonneuve, atarrachamos o *mandrin*, e por ahi guiamos uma sonda Gaillard n. 18, aberta nas duas extremidades.

Deixamos esta sonda de permanencia, fazendo todos os dias grandes lavagens com solução de acido borico a 4 %, substituindo a sonda por outra de dois em dois dias.

Assim procedemos durante 20 dias, e, não conseguindo o doente urinar espontaneamente depois desse tratamento, resolveu então nosso chefe de clinica, Dr. Pacheco Mendes, praticar a prostatectomia transvesical pelo processo de Freyer.

Fizemos o exame da urina, que deixava grande deposito no fundo do vaso.

Exame da urina:

Quantidade: 1800 grs.
Densidade: 1022 »
Reação: acida
Albumina: traços
Assucar: não tem
Materiaes solidos: 39,6.

Pelo exame microscopico do deposito, depois de centrifugado, encontramos crystaes de phosphato-ammoniaco-magneziano e de oxalato de calcio.

Quanto ao estado geral, não apresentava nada de grave, mas tinha lingua suja, algumas vezes elevação de temperatura, pulso lento, não apresentando, entretanto, lesão no coração, nem em outro orgão.

No dia 1.º de Junho, foi-lhe ministrado um purgante de oleo de ricino, e bem lavada a bexiga com solução borica.

No dia 2, fizeram-se grandes lavagens da bexiga e do recto.

No dia 3, pela manhã, deu-se-lhe um clystér e depois de evacuado, fizeram-se lavagens do recto com sonda de dupla corrente.

Lavou-se bem a bexiga com solução borica a 4 % e fez-se a toilette da região.

Temperatura: 37,3 com 96 pulsações.

Levado a mesa de operações, foi pelo Professor Pacheco Mendes, auxiliado pelos seus assistentes Drs. Gonçalves Martins e João Lopes e pelos internos Roque Degrazia e o auctor, praticada a prostatectomia transvesical.

Anesthesia pela rachistovainisação (7 centrigrs. de stovaina dissolvidos no proprio liquido rachidiano e injectados).

Aberta a bexiga, vimos a saliencia que fazia o lobo medio, não pediculado, mas em massa levantando o collo vesical.

A operação correu sem accidente algum e a prostata foi enucleada em dois grandes pedaços ([1]) em cerca de 5 minutos.

Houve pequena hemorrhagia que cedeu á compressão.

Fez-se a drenagem da bexiga por meio de um tubo-syphão e de uma sonda Nelaton n. 22; suturou-se a parede abdominal a seda.

Passado o penso, o doente é levado ao leito, indo os drenos, através do colchão, mergulhar em um frasco com solução de bichlorureto de mercurio.

Peso da prostata: 120 grs.

Á tarde voltamos para visitar o doente, encontrando-o calmo, com 37,°3 de temperatura e com 96 pulsações por minuto; o tubo-syphão funccionou bem, porém a sonda não.

Fizemos lavagens com solução borica.

Dia 4.—O vaso receptor continha 800 grs. de liquido sanguinolento.

Temperatura: 36,°8 com 86 pulsações por minuto. Estado geral regular, tendo o doente apresentado dôres no abdomen e diarrhéa, que foi medicada.

Fez-se curativo e lavagem da bexiga com agua esterilisada quente.

Á tarde a temperatura elevou-se a 37,°4.

Dia 5.—O vaso receptor continha 1200 grs. do mesmo liquido sanguinolento.

Temperatura: 36,°6 com 84 pulsações.

Fizeram-se dois curativos, apresentando o doente, á tarde, vomitos.

Dia 6.—Curativo. Estado geral regular; 1600 grs. do liquido sanguinolento no vaso receptor.

Temperatura: 36,°6 com 84 pulsações por minuto.

As dôres do abdomen accentuadas.

---

(1) Vide a fig. 17.

Á tardinha fomos chamados pelo interno do dia, porque o doente apresentava hemorrhagia urethral e estava muito agitado.

Lá chegamos ás 7 horas p. m., acompanhando nosso chefe de clinica, Dr. Pacheco Mendes, e encontramos o doente com 38,°9 de temperatura e 86 pulsações; gemia de dôres no abdomen.

A sonda não funccionava, pelo que foi retirada, estando obliterada por um grande coagulo. Introduzimos nova sonda e procuramos injectar por ella agua esterelisada, não conseguindo.

Então, nosso chefe de clinica cortou alguns pontos de sutura e por meio de uma pinça larga retirou grandes coagulos sanguineos da bexiga.

Fez-se lavagens com agua esterilisada quente, até ceder por completo a hemorrhagia.

Cedida esta, collocou-se de novo o tubo-syphão e penso; fez-se a injecção subcutanea de 500 cc. de sôro artificial.

Dia 7.—O doente nada apresenta de anormal; temperatura: 36,°6 com 82 pulsações; curativo.

Á tarde novo curativo; temperatura 36,°8 com 90 pulsações.

Dia 8.—Dois curativos; temperatura: 37,°0 com 86 pulsações. A urina torna-se clara.

Dia 9.—Dois curativos; temperatura 36,°8 com 88 pulsações. Retirou-se a sonda de permanencia por estar irritando a urethra.

Dia 10.—Dois curativos; temperatura: 36,°8 com 86 pulsações.

Dia 11.—Dois curativos; temperatura: 36,°8 com 84 pulsações.

Dia 12.—Dois curativos; temperatura: 37,°2 com 84 pulsações. Retiramos o tubo-syphão e collocamos sonda de permanencia n. 22.

Dia 13.—A drenagem fez-se bem pela sonda de permanencia, mas o penso foi molhado pela urina que sahia pela ferida abdominal.

Assim o doente continuou, tendo se levantado e andado, até o dia 2 de Julho, dia em que a fistula hypogastrica fechou.

No dia 4 retiramos a sonda de permanencia e, depois de cheia a bexiga com 300 grs. de solução borica, mandamos o doente urinar,

e vimos com a maior satisfação que elle o fez de um jorro forte e grosso.

Acabada a micção, introduzimos uma sonda e retiramos um pequeno residuo de 50 grs.

O doente teve alta no dia 5 de Julho de 1907.

No dia 28 de Julho tornamos a vêl-o, sendo a sua micção forte e sem embaraço, não apresentando residuo algum.

Indagamos se tinha tido erecções, obtendo resposta positiva, vindo este resultado provar mais uma vez a superioridade da via transvesical.

Ultimamente em Junho de 1908, justamente um anno após á operação, tornamos a vêr o operado, forte, rejuvenescido, com micções normaes, sem pollakiuria, conservando ainda a erecção, arrependido de não ter sido operado mais cedo.

OBSERVAÇÃO II

P. da C., pardo, casado, natural da Bahia, com 53 annos, residente em Nazareth, recolheu-se ao Hospital *Santa Izabel*, Enfermaria *S. José*, em 23 de Agosto de 1907.

Não estava com retenção de urinas, mas queixava-se de que á noite era obrigado a levantar-se do leito innumeras vezes para satisfazer a sua vontade de urinar, e que com grandes difficuldades o conseguia, tendo tido por duas vezes retenção de urinas.

Dizia que era tudo isto devido a um estreitamento do qual queria ser operado.

ANTECEDENTES PESSOAES.—Teve tres vezes blennorrhagia, vindo depois a soffrer de estreitamento da urethra, do qual foi operado, ha dois annos atraz, pela urethrotomia interna.

Examinada a urethra com uma sonda de bola, achou-se bom calibre e a penetração da sonda só encontrou resistencia na região prostatica.

Feito o toque, encontrou-se a prostata um pouco augmentada de volume, porém, dura e fibrosa.

Diagnosticada a hypertrophia da prostata, começou-se a preparar o doente para a prostatectomia transvesical.

Depois de lavagens da bexiga com solução borica a 4 % e preparado o doente segundo ás regras, foi levado á sala de operações e praticada, no dia 30 de Agosto de 1907, a prostatectomia transvesical pelo Dr. Pacheco Mendes, auxiliado pelos seus assistentes e internos.

Praticada a talha hypogastrica e aberta largamente a bexiga, fez-se uma pequena incisão na parede vesical ao lado do collo e, introduzido o dedo no plano de separação, começou o mestre a enuclear a prostata.

Não foi sem alguma difficuldade que conseguiu, sendo obrigado a praticar uma prostatectomia total.

Retirou uma prostata fibrosa, dura, pesando 30 grs. (1)

Não houve hemorrhagia alguma, suturou-se a incisão vesical em parte, a pelle á crina e deitou-se um tubo-syphão na bexiga pela incisão hypogastrica, e uma sonda de permanencia.

No outro dia o doente nada apresentou de anormal; os drenos funccionaram bem, tendo-se recolhido 800 grs. de urina com sangue. Este foi diminuindo pouco a pouco, até que no terceiro dia a urina sahiu limpida.

Fizeram-se lavagens grandes com solução borica, entrando pela sonda e sahindo pelo tubo-syphão.

No quarto dia (3) apresentou o doente pela manhã dôres na fossa illiaca direita, tendo 38,°o de temperatura.

Tirados alguns pontos da sutura, sahiu um pouco de urina, accumulada entre a bexiga e a parede abdominal.

Fizeram-se grandes lavagens.

No dia 4, apresenta ainda febre e dôres fortes.

---

(1) Vide fig. 18.

Ha suppuração com descollamento e infiltração de urinas no espaço de Retzius.

Praticaram-se contra-aberturas e grandes lavagens através dos drenos grossos, passados de um para outro lado.

Dia 5.—Temperatura 37,°8, pulso acelerado. A suppuração diminuiu e os drenos funccionaram bem.

Assim continuou, tendo a suppuração diminuido com as lavagens de agua oxigenada, feitas duas vezes ao dia, até o dia 12, em que a febre foi a 39,°o.

O doente resfriou-se em um dos curativos, apparecendo uma laryngite.

A voz tornou-se extraordinariamente rouca; a febre subiu a 39,°o e o pulso frequente.

Applicaram-se cataplasmas de linhaça no pescoço, deu-se-lhe um suador, etc...

No dia 15, a ferida tendia já para a cicatrização, porém a laryngite não cedeu, pelo contrario o doente quasi tornou-se aphono, expectorando catarrho espesso.

No dia 16 pela manhã, encontramol-o com uma dyspnéa intensissima, aphono por completo, congesto e, reconhecido o edema da glotte, foi-lhe immediatamente praticada pelo Dr. Pacheco Mendes a tracheotomia.

Através da canula introduzida sahiu grande quantidade de catarrho espesso e viscoso.

A dyspnéa melhorou; o doente ficou calmo; ás 2 horas da tarde, porém, apresentou orthopnéa com emphysema pulmonar e veio a fallecer ás 3 horas p. m.

Não poude ser feita a necropsia.

Fig. 17.—Prostata retirada em duas porções pelo processo Freyer (doente da Observação I); peso: 120 grammas.

Fig. 18.—Prostata retirada em uma só porção (doente da Observação II); peso: 30 grammas.

PROPOSIÇÕES

PROPOSIÇÕES

ANATOMIA DESCRIPTIVA

I

A prostata é um orgão de natureza glandular, que se desenvolve em volta da porção inicial da urethra.

II

Está situada na excavação pelviana, acima da aponevrose perineal media, atraz da symphise pubiana, para deante da ampoula rectal.

III

No adulto mede vinte e oito millimetros de comprimento sobre quarenta de largura e vinte e cinco de espessura.

ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA

I

O perinêo póde ser dividido em anterior ou uro-genital e posterior ou ano-retal.

II

Tem a forma de um losango, cujos angulos são situados: o anterior na extremidade posterior da symphise pubiana; o posterior no vertice do cocix; os lateraes nos dois ischions, direito e esquerdo.

III

A prostata está encerrada na loja prostatica, sendo cada lobo envolvido por uma capsula propria.

HISTOLOGIA

I

Em um corte de prostata distinguem-se o estroma e as formações glandulares.

II

No estroma existem tecido conjunctivo e fibras musculares, que servem de apparelho excretor.

III

As glandulas que formam a prostata são acinosas e em numero de 30 a 40.

BACTEREOLOGIA

I

Nas affecções do apparelho urinario encontram-se microbios aerobios e anaerobios.

II

Os anaerobios encontrados até hoje são: o *bacillus perfingens*, o bacillo nevoso, o vibrião septico, o *bacillus ramosus*, o *bacillus fragilis*, o *bacillus fundibiliformis*, o *bacillus nebulosus*, o *streptobacillus fusiformis liquefaciens*, o *bacillus* de Albarran, o *micrococcus fœtidus*, o *staphylococcus parvulus* e o *staphylococcus Jungani*.

III

Dos aerobicos os mais communs são: o *gonococcus* de Neisser, o *bacterium colli* e o *staphylococcus albus*.

ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

I

Quando a prostata se hypertrophia proemina para o interior da bexiga, formando o que se chama lobo medio.

II

A hypertrophia da prostata é em geral formada por fibromyomas ou adeno-myomas, sendo estes os mais communs.

III

Ás vezes encontram-se no interior da glandula verdadeiros kystos de retenção.

PHYSIOLOGIA

I

As glandulas da prostata têm funcção intermittente e verdadeiramente falando genital.

II

Secretam um liquido viscoso, que é expellido pela urethra, juntamente com o esperma, no momento da ejaculação.

III

A secreção augmenta por influencia de uma exitação genital.

THERAPEUTICA

I

A estrychnina é contra-indicada, quando ha estagnação de urinas:

II

Porque augmenta a frequencia da necessidade de urinar, provocando muitas vezes a retenção de urinas completa e dolorosa.

III

Isto é devido a que ella age tanto sobre o musculo vesical, como sobre o sphincter, neutralizando uma acção o effeito da outra.

MEDICINA LEGAL E TEXICOLOGIA

I

A morte é caracterisada pela parada das funcções apparentes da economia: circulação, respiração, sensibilidade cutanea e sensorial e motricidade.

II

O conjuncto dos diversos signaes de morte real tem um grande valor, mas o mais seguro é o apparecimento da mancha verde do abdomen — a putrefacção.

III

Ha diversos meios para se verificar se a morte é real, e dentre elles o do Dr. Icard que consiste em fixar deante das narinas do individuo, supposto morto, um papel branco no qual foram traçadas figuras com uma solução de acetato neutro de chumbo. Estas se desenham no papel em negro, quando o individuo está morto, pela transformação do acetato em sulfureto de chumbo por influencia do hydrogenio sulfurado que delle se desprende.

HYGIENE

I

Em hygiene distingue-se aclimação de aclimatamento, dizendo que aclimação é o conjuncto de meios empregados consciente e intelligentemente por um povo para conseguir adaptar-se a um novo clima, sendo o aclimatamento o resultado desta aclimação.

II

Ha duas escolas para explicar a aclimação: uma franceza, a cuja frente está Budin e outra allemã, cujo chefe é Alex. Humboldt.

III

A allemã diz que o homem é dotado de tal flexibilidade de adaptação que se aclima em qualquer clima; a franceza nega por completo a aclimação.

PATHOLOGIA CIRURGICA

I

A hypertrophia prostatica só é encontrada em individuos edosos.

II

A sua etiologia está, como a de quasi todos os tumores, com uma interrogação.

III

É encontrada principalmente nos velhos que tiveram muitas blennorrhagias, que foram amantes de Venus ou que soffrem de arterio-esclerose.

OPERAÇÕES E APPARELHOS

I

Para se praticar a prostatectomia perineal é preciso ter-se grande arsenal cirurgico e mesa que se preste a dar a posição desejada.

II

A melhor posição é a perineal invertida ou sacro-vertical.

III

Cada vez a mais esta operação torna-se facil, devido aos novos instrumentos inventados.

CLINICA CIRURGICA (1.ª Cadeira)

I

Os prostaticos que se sondam facilmente vêm a soffrer de cystite.

II

É uma complicação commum da hypertrophia da prostata e que póde ser causa de uma infecção ascendente de uma pyelo-nephrite.

III

Os doentes que apresentam estas complicações são de prognostico sombrio.

CLINICA CIRURGICA (2.ª Cadeira)

I

Os calculos vesicaes são frequentes nos prostaticos.

II

Não se curam nem pela lithotricia, nem pelas talhas, pois fica sempre o baixo-fundo da bexiga, onde se tornam a formar.

III

O unico meio de acabar com elles por uma vez é fazer a prostatectomia transvesical.

PATHOLOGIA MEDICA

I

A prostata póde ser infectada pelo bacillus de Koch.

II

A tuberculose prostatica é em geral de prognostico grave.

III

O tratamento geral deve ser o principal.

CLINICA PROPEDEUTICA

I

Para diagnosticar-se a hypertrophia da prostata faz-se o toque rectal.

II

Póde-se combinar este com a palpação abdominal.

III

Para se avaliar a dimensão do lobo medio usa-se do mensurador prostatico de Cathelin.

CLINICA MEDICA (1.ª Cadeira)

I

A arterio-esclerose generalisada é encontrada geralmente nos velhos.

II

O rim é um dos orgãos que vêm a soffrer a sua consequencia.

III

São multiplas as causas da arterio-esclerose, sendo principaes: a syphilis e as intoxicações.

CLINICA MEDICA (2.ª Cadeira)

I

Os principaes regimens preconisados e empregados diariamente no tratamento das nephrites são: o lacteo, o hypochlorurado e o hypoazotado.

II

O regimen lacteo é o medicamento dos estados renaes em que a diurése (até ahi normal ou exaggerada) tende a diminuir.

III

De uma maneira geral emprega-se o hypochlorurado nas nephrites epitheliaes com œdemas e o hypoazotado na intersticial.

HISTORIA NATURAL MEDICA

I

A *Strychnos Nux Vomica* é uma arvore da familia das Logaminaceas.

II

Esta arvore cresce na India, principalmente em Ceylão, no Malabar e nas costas de Coromandel.

III

As sementes são orbiculares, achatadas, umbilicadas em uma das faces, aveludadas, de côr cinzenta escura.

CHIMICA MEDICA

I

Os productos vegetaes provenientes das plantas do genero *Strychnos* contém tres alcaloides principaes: a estrychnina, a brucina e a curarina.

II

A formula da estrychnina é $C^{21} H^{22} Az^2 O^2$.

III

É uma base terciaria monoacida, formando saes crystalisados, dos quaes se empregam em medicina o sulfato neutro e o arseniato.

MATERIA MEDICA, PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

I

Os vegetaes que contêm a estrychnina são: a noz-vomica, a angustura falsa e a fava de Santo Ignacio.

II

A noz-vomica é a semente do *Strychnos Nux Vomica;* a angustura falsa é a casca da mesma arvore; a fava de Santo Ignacio é a semente do *Strychnos Ignatii.*

III

Administra-se a estrychnina por via gastro-intestinal ou por via hypodermica.

OBSTETRICIA

I

Ha tres variedades de prenhez extra-uterina: ovariana, peritoneal ou abdominal e tubaria, que se póde subdividir em tubo-ovariana, tubaria propriamente dita e intersticial.

II

A variedade abdominal é geralmente o resultado da ruptura de uma prenhez tubaria, sendo conservados intactos os envolucros do ovulo.

III

O féto na prenhez extra-uterina póde chegar ao termo, porém, ás mais das vezes, succumbe, podendo soffrer as seguintes transformações: dissolução, conservação integral, mumificação, lithopedisação e putrefacção.

CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

I

Da precocidade do diagnostico de uma prenhez extra-uterina depende a vida da doente.

II

Este se baseia na co-existencia dos signaes da gravidez normal e de um tumor elastico, desenvolvido para traz ou para os lados do utero, acompanhado de batimentos arteriaes, de dôres no baixo-ventre, com irradiações para as verilhas e predominancia de um lado.

III

Hoje, com os progressos da cirurgia abdominal, o tratamento de prenhez extra-uterina resume-se na seguinte phrase: «Todas as vezes que se desconfia de uma gravidez extra-uterina ou, com maioria de razões, que o diagnostico está firmado, é preciso intervir pela laparotomia».

CLINICA PEDIATRICA

I

Nas creanças as molestias do apparelho urinario não são communs.

II

A nephrite aguda é mais commum, sendo em geral de natureza infectuosa.

III

As affecções causaes são: escarlatina, sarampão, febre typhoide, variola, pneumonia e diphteria.

CLINICA OPHTALMOLOGICA

I

O pús gonococcico em contacto com a conjunctiva produz a conjunctivite blennorrhagica.

II

Differe da conjunctivite catarrhal pelo œdema que é maior e pelo pús que é secretado em abundancia.

III

Póde trazer, quando não é tratada, em pouco tempo, a perda da visão.

CLINICA DERMATOLOGICA E SYPHILIGRAPHICA

I

A blennorrhagia é uma molestia venerea produzida pelo gonococcus de Neisser.

II

Quando se localiza na urethra posterior complica-se communmente de prostatite.

III

Esta, da mesma maneira que a urethrite blennorrhagica, póde ser aguda ou chronica.

CLINICA PSYCHIATRICA E DE MOLESTIAS NERVOSAS

I

Tem-se observado nos operados de prostatectomia phenomenos de deficit cerebral, de confusão e agitação mentaes, com delirio activo mais ou menos marcado.

II

Estas psychopathias são em geral passageiras.

III

Não está bem elucidado, se são na verdade devidas á prostatectomia.

BIBLIOGRAPHIA

BIBLIOGRAPHIA

ALBARRAN. — Sur la prostatectomie périnéale — Resultats éloignés. Sixiéme Session de l'Association Française d'Urologie. Paris 1902. (Procès-verbaux, Mémoires et Discussions).

BAZY. — À propos de la prostatectomie — Société de Chirurgie, 6 Février 1907. (Bulletins et Mémoires).

BAZY. — Notes sur la prostatectomie transvésicale — Société de Chirurgie. (Bulletins et Mémoires).

BALLENGER. — Revue des differentes opinions sur le traitement chirurgical de la prostate. (Medical Reord, 4 Février 1905). Transcripto nos Annales des Maladies des Organes Génito-urinaires. Avril 1907, n. 7.

BOULOUNEIX. — Contribuition á l'étude de la prostatectomie transvésicale — Thése. Paris 1905.

CATHELIN. — Prostatectomie transvésicale; guérison. Société Anatomique, Février 1906.

CATHELIN. — Nouveau procédé mixte de prostatectomie totale. Paris 1905.

CASTANO (Alberto. — Buenos-Ayres). Prostatectomia sub-pubiana. Revista de Medicina. Dezembro 1907.

CASTANO (Alberto. — Buenos-Ayres). Prostatectomie périnéale et prostatectomie transvésicale, méthode de Freyer: Étude comparée des deux méthodes. Annales des Maladies des Organes Génito-urinaires. Mars 1907, n. 6.

COUPÉ (Henri). — Nouveau procédé mixte de prostatectomie totale. (Méthode périnéo-sus-pubienne). Thèse. Paris 1905.

CARMOUZE (Alfred), — La prostatectomie totale transvésicale par la voie sus-pubienne. Thèse. Bordeaux 1904.

DENOS. — Traitements modernes de l'hypertrophie de la prostate. Paris 1901.

ESCAT (de Marseille). — Prostatectomie périnéale. Sixiéme Session de l'Association Française de Urologie. Paris 1902. (Procès-verbaux, Mémoires et Discussions).

FREYER. — Conféremes cliniques sur l'hypertrophie de la prostate. (Traduction sur la 3.e édition par M. le doctuer de Valcourts.

FERREIRA DIAS (Osorio). — Estudo clinico da prostatectomia transvesical. These. Rio de Janeiro 1907.

GUISY. — Trois malades operés par la prostatectomie en pleine infection et insuffisance rénale — Annales des Maladies des Organes Génito-urinaires. Août 1907, n. 15.

GUÉPIN. — L'hypertrophie sénile de la prostate. Paris 1900.

GUYON. — Maladies des Voies Urinaires. Paris 1903.

HARTMANN. — Qualques réflexions sur le traitement opératoire de l'hypertrophie de la prostate. Sixiéme Session de l'Association Française de Urologie. (Procès-verbaux, Mémoires et Discussions).

JARVIS ET PROUST. — La méthode de Freyer. «La Presse Médicale», Août 1903, n. 66.

KALLIONZIS. — Note sur la prostatectomie transvésicale. Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris. Janvrier 1907, n. 2.

KÜSS. — Resultats anatomiques des prostatectomies. Bulletins et Mémoires de la Société Anatomique de Paris. Année 1905. Tome VII.

LEGUEU. — Prostatectomie périnéale. Sixiéme Sessiou de l'Association Française de Urologie. Paris 1902. (Procès-verbaux, Memoires et Discussions).

LOUMEAU (de Bordeaux). — Hypertrophie de la prostate et prostatectomie périnéale. Sixiéme Session de l'Association Française de Urologie. Paris 1902. (Procès-verbaux, Mémoires et Discussion).

MISSET (Alexis). — Considérations relatives á l'hypertrophic de la prostate et à la prostatectomie. Thèse. Paris 1906.

MEYER. — Choix de l'opération dans l'hypertrophie prostatique. Medical Record 7 Octobre 1905.

PETIT (Jean). — Le traitement de l'hypertrophie simple de la prostate. Archives medico-chirurgiques de Poitou. Abril 1906.

PUUSSON (Alfred, de Bordeaux). — Resultats comparatifs entre la prostatectomie périnéale et la prostatectomie transvésicale. Annales des Maladies des Organes Génito-urinaires. Février 1907, n. 4.

POUSSON (Alfred de Bordeaux). — Sur la cure radicale de l'hypertrophie de la prostate. Sixiéme Session de l'Association Française de Urologie. Paris 1902. (Procès-verbaux, Mémories et Discussions).

PROUST. — Traitement de l'hypertrophie prostatique par la prostatectomie. Paris.

PROUST. — La prostatectomie dans l'hypertrophie de la prostate. Paris 1904.

RECLUS, KIRMISSON, PEYROT BOULLY. — Manuel de Pathologie Externe. Paris. Tome IV.

RIEY (Gaston). — Hypertrophie de la prostate et prostatectomie. Thèse. Mont-pellier 1901.

REYNÉS. — Notes sur trois cas de prostatectomie. Troubles psychiques post-opératoires. Indications et contre-indications de l'opération. Sixiéme Session de l'Association Française de Urologie. Paris 1902. (Procès-verbaux, Mémoires et Discussions).

ROCHET. — Prostatectomies perinéale et hypogastrique comparées. (Societé de Chirurgie de Lyon, mai 1906) transcripto nos Annales des Maladies des Organes Génito-urinares. Février 1907, n. 3.

VIGNARD (Edouard). — De la prostatomie et de la prostatectomie, et en particulier de leurs indications. Paris 1890.

VERHOOGEN. — Prostatectomie périnéale pour l'hypertrophie de la prostate. (Annales de la Société belge de Chirurgie, Juin 1900) transcripto nos Annales des Maladies des Organes Génito-urinaires Mai 1907, n. 5,

WIENER. — Prostatectomie chez les diabetiques. (Medical Record, 15 Desembre 1906) transcripto nos Annales des Maladies des Organes Génito-urinaries. Juin 1907, n. 12.

Á propos de la prostatectomie (Discussion) Bulletins et Mémories de la Socité de Chirurgie de Paris. Février 1907, n. 5.

— Genito-urinary deseases. Extirpation of the prostate. St Louis Medical Review. January 1908.

— Le traitement opératoire de l'hypertrophie de la prostate. La Semaine Médicale, Mai 1905, n. 19.

— Traitements de l'hypertrophie prostatique. La Semaine Médicale, Septembre 1905, n. 39.

VISTO.

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia, em 31 de Outubro de 1908.

O SECRETARIO,
DR. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES.